

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 216

Année scolaire 1938-39.

LA CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE ET SES BASES ORGANIQUES

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 juillet 1939

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Gustave LÉGER

né à Thoiry (Ain) le 20 octobre 1910

Interne des Hôpitaux de Lyon

LYON

IMPRIMERIE EMMANUEL VITTE

177, avenue Félix-Faure

1939

**LA CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE
ET SES BASES ORGANIQUES**

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 216

Année scolaire 1938-39.

LA CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE ET SES BASES ORGANIQUES

THÈSE

présentée

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 10 juillet 1939

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

PAR

Gustave LÉGER

né à Thoiry (Ain) le 20 octobre 1910

Interne des Hôpitaux de Lyon

LYON

IMPRIMERIE EMMANUEL VITTE

177, avenue Félix-Faure

—
1939

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	M. L. HUGOUNENQ.
Doyen	M. J. LÉPINE.
Assesseur	M. A. MOREL.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANNOIS, HUGOUNENQ, PIC, CONDAMIN, PAVIOT,
NICOLAS, VILLARD, NOVÉ-JOSSERAND, TIXIER, COLLET, GAYET, CLUZET.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. FROMENT.
Cliniques chirurgicales		SAVY.
Clinique obstétricale et Accouchements	{	PATEL.
Clinique ophtalmologique		BÉRARD.
Clinique dermatologique et syphiligraphique		VORON.
Clinique neurologique et psychiatrique		BONNET.
Clinique médicale infantile		FAVRE.
Clinique gynécologique		LÉPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURIQUAND.
Clinique urologique		COTTE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		REBATTU.
Clinique et prophylaxie de la tuberculose		CIBERT.
Clinique des maladies infectieuses		TAVERNIER.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		COURMONT.
Chimie biologique et médicale		J. CHALIER.
Chimie organique et Toxicologie		PONTHUS.
Matière médicale et Botanique		FLORENCE.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		MANCEAU.
Histologie		GUIART.
Physiologie		LATARJET.
Pathologie interne		POLICARD.
Pathologie générale et thérapeutique		HERMANN.
Anatomie pathologique		CORDIER.
Chirurgie opératoire		CADE.
Médecine expérimentale et comparée et Bactériologie		J.-F. MARTIN.
Médecine légale		SANTY.
Hygiène		ARLOING (F.).
Pharmacie et Pharmacologie		Étienne MARTIN.
Hydrologie thérapeutique et Climatologie		ROCHAIX.
		LEULIER.
		PIERY.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours d'Anatomie médico-chirurgicale.....	MM. THÉVENOT (Léon)
Chargé d'un cours d'Embryologie	NOEL.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
GABRIELLE	GUILLEMINET	DE ROUEMONT	MORIN
DECHAUME	MORENAS	P. RAVAUULT	BERTRAND
BERNHEIM	REVOI	PIGEAUD	CLAVEL
POLLOSSON	ENSELME	CROIZAT	LEVRAT
CHAMBON	SEDALLIAN	DELORE	
ÉPARVIER	CREYSSEL	JOSSERAND	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. LÉPINE, *président*.

FROMENT, DECHAUME, RAVAUULT, *assesseurs*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA FEMME

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MON BEAU-FRÈRE

A MA MARRAINE
A MON PARRAIN,
LE SÉNATEUR ALBERT FOUILLOUX

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552411_0008

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE DOYEN JEAN LÉPINE.

Nous avons eu le plaisir d'être son interne pendant un an, et nous ne pourrons jamais assez le remercier pour l'intérêt qu'il nous a témoigné, les conseils qu'il nous a prodigués.

Nous aurons toujours présent à l'esprit l'exemple de sa culture universelle et nous n'oublierons pas son accueil si bienveillant, sa sollicitude et ses encouragements lors de nos débuts en psychiatrie.

Il nous a fait l'honneur de nous accepter parmi ses élèves et de présider notre jury de thèse. C'est une dette de reconnaissance que nous acquittons bien imparfaitement en lui offrant ce modeste travail, et à cette occasion nous lui exprimons toute notre reconnaissance et notre admiration.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. FROMENT.

C'est auprès de lui que nous achevons notre internat, et nous garderons de ce dernier semestre un souvenir inoubliable. Il a bien voulu s'intéresser à notre thèse et nous aider de ses conseils. Sa bienveillance et sa bonté font parfois oublier la distance qui nous sépare de lui. Chaque visite passe comme un entretien familial dans cette atmosphère de confiance et d'affection qui règne dans son service.

Nous sommes infiniment touché du très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de faire partie de notre jury de thèse.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. DECHAUME.

Nous avons été un de ses premiers internes dans son service de l'Hôpital des Charpennes. Depuis, nous l'avons retrouvé à chaque pas de notre carrière médicale. Nous apprécions l'intérêt qu'il nous porte constamment.

En échange, il sait que nous lui avons donné notre fidélité affectueuse dont nous le prions de trouver ici le renouvellement.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BERNHEIM.

Les circonstances ne nous ont pas permis d'être son interne. Mais nous l'avons connu à la Clinique médicale infantile et depuis il s'est toujours intéressé à nos études. Nous sommes particulièrement heureux qu'il ait bien voulu accepter de faire partie de notre jury de thèse et nous l'en remercions vivement.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BARBIER,
Médecin des Hôpitaux.

Envers lequel nous avons contracté une grande dette de reconnaissance. Il ne nous a ménagé dans la rédaction de ce travail ni son temps, ni ses conseils. L'accueil qu'il nous a toujours réservé, la clarté de son esprit, la vivacité de ses propos, restent pour nous des souvenirs inoubliables.

En lui offrant ce travail, où sont exposées un grand nombre d'idées qu'il défend depuis si longtemps, nous voulons l'assurer de notre dévouement le plus respectueux.

A MON MAITRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. RAVAUULT.

C'est avec joie que nous nous rappelons le semestre passé auprès de lui au Perron. Depuis nous avons travaillé à ses côtés ; nous lui devons beaucoup de notre formation médicale.

Il sait combien nous lui sommes resté profondément attaché. Nous le prions d'accepter l'expression de toute notre reconnaissance et nous l'assurons de tout notre dévouement.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEVRAT.

Il a bien voulu nous accepter dans sa conférence de médicament. Nous regretterons longtemps les soirées où il nous prodiguait son enseignement. Nous lui sommes profondément reconnaissant et l'assurons de notre affectueux respect.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS BOURRAT,

Ancien chef de clinique neurologique et psychiatrique.

Au cours d'un semestre passé auprès de lui, à la clinique neuro-psychiatrique, nous avons pu apprécier son esprit, son tact, et son sens clinique.

Nous savons tout ce que nous lui devons, et le prions d'accepter l'expression de notre respectueuse amitié et de notre reconnaissance.

A MON MAITRE ,
MONSIEUR LE DOCTEUR PÉHU.

Qui nous a accueilli dans son service
lors de notre première année de médecine et qui nous a donné depuis des témoignages si sensibles et si précieux de son affection.

A MONSIEUR JEAN LACROIX,
Professeur de philosophie.

Dont les conseils nous ont été
utiles pour la rédaction de ce travail.

A LA MÉMOIRE DE MON MAÎTRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS DESGOUTTES

Le souvenir de ce maître ne s'effacera pas de notre mémoire. Nous avons été son externe et il s'intéressa directement à notre préparation à l'Internat. Sa disparition si brutale nous a permis de mesurer avec plus de force la place qu'il tenait dans notre affection.

À MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR PÉHU.
MONSIEUR LE PROFESSEUR FAVRE.
MONSIEUR LE DOCTEUR RICARD.
MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHUT.
MONSIEUR LE DOCTEUR CROIZAT.

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET. *In memoriam.*
MONSIEUR LE DOCTEUR GARIN.
MONSIEUR LE DOCTEUR DESGOUTTES. *In memoriam.*
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOURIQUAND.
MONSIEUR LE PROFESSEUR CHALIER.
MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON.

À MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

Internat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. RAVALT.
MONSIEUR LE DOCTEUR F. PALIARD.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DECHAUME.
MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉPINE (2 semestres).
MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BARBIER.
MONSIEUR LE PROFESSEUR FROMENT.

PREMIÈRE PARTIE

L'ÉMOTION DANS LA PATHOLOGIE
ORGANIQUE ET MENTALE

LA CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE ET SES BASES ORGANIQUES

INTRODUCTION

L'émotion est le type des phénomènes que l'on peut appeler psycho-organiques. A égale distance entre les spiritualistes purs qui voudraient méconnaître le retentissement organique des phénomènes psychologiques et les matérialistes qui veulent que tout se passe dans des modifications organiques, l'émotion semble bien la preuve de l'intime union du psychologique et de l'organique. En effet, n'est-elle pas, comme nous le verrons plus loin, un ébranlement du système neuro-végétatif et par son intermédiaire, des glandes à sécrétion interne ? Il n'est donc pas hors de portée des recherches médicales de se demander ce qu'est l'émotion, ce qu'est l'émotivité, surtout lorsque celle-ci devenant une habitude s'installe vraiment en constitution hyperémotive. C'est ce que nous avons essayé de faire dans ce travail, en ne nous dissimulant pas la difficulté du problème. La tendance des médecins est de rechercher dans les perturbations organiques, surtout glandulaires, la cause des troubles du comportement des névropathes. De la coexistence, de l'intrication, de deux séries de symptômes organiques et psychiques ils font souvent des seconds la

conséquence des premiers. La conclusion qu'il faut tirer de tels rapprochements n'est pas purement théorique : autant il est logique d'agir sur les facteurs périphériques pour en corriger le déséquilibre, autant il est inutile et dangereux de ne considérer ce déséquilibre glandulaire qu'en lui même sans chercher à en déceler la véritable cause.

C'est dans le service de notre maître le Professeur LÉPINE, dont nous avons été l'interne pendant un an, que nous avons eu l'idée de ce travail. Pour le mener à bien, nous avons pensé qu'il fallait étudier très à fond l'émotion-choc dans ses phénomènes organiques et psychiques. Nous avons essayé de montrer comment cette émotion-choc, phénomène normal de l'individu, pouvait devenir perturbatrice ; nous avons insisté sur les facteurs périphériques de la vie émotionnelle, facteurs qui sont à la base même de notre étude. Nous avons dégagé peu à peu les réactions que cette émotion-choc communique à l'individu et pour plus de clarté, dans un chapitre spécial, nous avons essayé de fixer la part qui lui revenait dans les syndromes organiques et psychiatriques. Nous avons recherché les facteurs stimulants ou inhibiteurs de cette réaction : qu'il s'agisse de facteurs psychologiques, comme la joie et la tristesse, ou de facteurs traduisant le refoulement de certaines tendances.

Dans la seconde partie de ce travail, nous avons essayé de tracer les limites du recrutement et des stigmates organiques de cette constitution hyperémotive. L'émotivité constitutionnelle est de beaucoup la plus fréquente. Mais l'émotivité active existe, il ne

nous est pas possible actuellement, à cause de notre manque d'expérience, d'étudier les facteurs psychologiques qui peuvent provoquer l'apparition de cette constitution; nous avons voulu, en quelque sorte, tracer les limites de ces facteurs psychologiques, de beaucoup les plus nombreux et les plus intéressants.

Les problèmes soulevés par cette émotivité pathologique sont particulièrement nombreux. Le sujet est très vaste et nous l'avons abordé constamment avec un esprit de synthèse. Nous avons dû laisser dans l'ombre certains points qui cependant nous avaient particulièrement intéressé. Dans la première partie de cet ouvrage, nous n'avons publié que quelques observations qui éclairent, d'une façon particulière, les points que nous soutenons.

Nous ne saurions trop remercier ici ceux qui nous ont conseillé dans la préparation de ce travail, notre Maître et Ami, M. Jean LACROIX, Agrégé de philosophie, Chargé de cours à la Faculté de Dijon, dont les travaux sur la psychologie et tout spécialement sur la timidité sont connus. Il a bien voulu non seulement diriger nos lectures, mais nous consacrer encore de longs moments. Nous avons rédigé la partie concernant l'hystérie avec notre maître le Professeur FROMENT, et pour la partie psychiatrique, notre maître M. le Docteur BOURRAT ne nous a ménagé ni son temps ni ses efforts. Qu'il nous soit permis de leur dire combien nous apprécions l'accueil qu'ils nous ont réservé. Pour étudier les répercussions organiques de la vie émotionnelle, nul n'était mieux qualifié que notre maître le Dr Jean BARBIER auprès duquel nous

avons passé un semestre d'internat ; il a mis à notre disposition non seulement sa connaissance parfaite des questions concernant l'étude du système vago-sympathique, mais il nous a ouvert largement ses observations personnelles et celles de son service de médecine générale de l'Antiquaille. Ses idées sur le recrutement du terrain émotif sont celles que nous soutenons dans la deuxième partie de notre travail. Il a, un des premiers, pressenti le rôle des formes frustes de la tuberculose et les travaux récents des phtisio-logues donnent à cette conception un appui décisif. Il est intéressant d'ailleurs de connaître la façon dont un clinicien de médecine générale aborde les problèmes quotidiens de petite psychiatrie et comment il les situe par rapport aux troubles organiques. C'est pourquoi nous n'avons publié, dans la seconde partie de notre travail, que les observations de son service afin de mieux faire ressortir les différentes étiologies qui président au recrutement de la constitution hyperémotive. Nous savons quel haut intérêt notre maître, M. le Professeur LÉPINE, porte à ces questions de psychophysiologie ; c'est lui qui nous a incité par son enseignement, ses remarques au lit des malades, à aborder ce problème. Certain de profiter une fois encore de sa bienveillance, nous serions heureux d'avoir traduit avec fidélité sa pensée ; nous avons en tous cas suivi l'orientation qu'il s'efforce de donner à la psychiatrie.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION ET NATURE DE L'ÉMOTION

Il n'est pas d'homme qui, plusieurs fois dans sa vie, n'ait éprouvé quelque émotion ; et cependant il n'est besoin que de s'analyser pour comprendre la difficulté d'en donner une définition appréciant à leur juste valeur les éléments qui la constituent. « Cette difficulté, dit SEGOND, tient essentiellement au mélange intime dont il est parfois difficile de faire l'analyse rationnelle des fonctions du corps et des valeurs spirituelles. » C'est de ce double facteur organique et psychologique que s'inspire la définition du *Littre médical* de 1878. On y lit : « L'émotion est l'accélération ou l'irrégularité de la circulation et de la respiration, déterminées par une impression pénible ou agréable. L'état actif de la portion de l'encéphale qui préside aux instincts, aux sentiments étant déterminé par telle ou telle impression pénible ou agréable, qu'il ait ou non assez d'intensité pour troubler, exagérer ou diminuer l'action que cette partie des centres nerveux exerce sur les appareils de la vie végétative avec lesquels elle est en relation. » Ce double élément

n'échappe pas non plus aux observateurs contemporains et on lit, dans un dictionnaire récent, cette autre définition de l'émotion : « Il s'agit d'un état de conscience agréable ou pénible (élément intellectuel) produit par des modifications organiques brusques d'origine interne ou externe (élément organique). C'est une réaction protectrice qui vise à la défense de l'individu : elle est donc normalement adaptée à ce but, même quand elle poursuit l'inhibition au lieu de l'action. Son mécanisme a été cependant très discuté, mais aujourd'hui on admet que le changement extérieur ou intérieur, s'il est subit ou inattendu : bruits, lueurs, contacts, coups, souvenirs, peut produire un ébranlement ou une modification moléculaire de certains neurones qui se transmettent au sympathique, lequel répond par des actions V.M. : rougeur, accélération du cœur, et tous phénomènes dont nous ne sommes aucunement maîtres. »

Les termes anglais de « disturbance » et allemand de « Wallung » (litt. ébullition), et « Gemütsbewegung » (litt. ébranlement du cœur) expriment les mêmes caractères ; et l'émotion y est définie, ou plus exactement analysée comme un « mouvement organique », un ébranlement sympathique avec phénomènes vasomoteurs, sécrétion, etc. Mais il est certain qu'il ne s'agit, dans ces cas, que d'une émotion-choc agissant par sa masse sur l'organisme tout entier. Elle doit être distinguée de l'émotion-sentiment qui la suit parfois et d'autres fois la précède, mais s'identifie tellement peu avec elle que l'une et l'autre doivent reconnaître un processus différent. Cette émotion-

sentiment est essentiellement créatrice, elle est essentiellement noble. Elle est bien aussi un ébranlement affectif de l'âme, mais un soulèvement des profondeurs et non une agitation de surface. En une page lumineuse, BERGSON oppose l'une à l'autre : « Il faut distinguer, écrit-il, deux espèces d'émotions, deux variétés de sentiment et deux manifestations de sensibilité qui n'ont de commun entre elles que d'être des états affectifs distincts de la sensation et de ne pas se réduire comme celle-ci à la transposition psychologique d'une excitation physique. Dans la première, l'émotion est consécutive à une idée ou à une image représentée ; l'état sensible résulte bien d'un état intellectuel qui ne lui doit rien, qui se suffit à lui-même et qui, s'il en subit l'effet par ricochet, y perd plus qu'il n'y gagne. C'est l'agitation de la sensibilité par une représentation qui y tombe. Mais l'autre émotion n'est pas déterminée par une représentation dont elle prendrait la suite et dont elle resterait distincte. Mais bien plutôt serait-elle, par rapport aux états intellectuels qui surviendront, une cause et non plus un effet ; elle est grosse de représentations dont aucune n'est proprement formée, mais qu'elle tire ou pourrait tirer de sa substance par un développement organique. La première est infra-intellectuelle ; c'est d'elle que les psychologues s'occupent généralement et c'est à elle qu'on pense quand on oppose la sensibilité à l'intelligence ou quand on fait de l'émotion un vague reflet de la représentation. Mais de l'autre, nous dirions volontiers qu'elle est supra-intellectuelle si le mot n'évoquait tout de suite

et exclusivement l'idée d'une supériorité de valeur ; il s'agit aussi bien d'une antériorité dans le temps et de la relation de ce qui engendre à ce qui est engendré. Seule, en effet, l'émotion du second genre peut devenir génératrice d'idées. »

Cette émotion-sentiment est une des sources de l'intelligence : elle est génératrice de pensées. Elle pousse l'être en avant. L'émotion-choc, au contraire, parce qu'elle n'est qu'un ébranlement de surface, est d'essence moins élevée. « Son effet se disperse, écrit BERGSON, et c'est une oscillation des parties sans déplacement du but. » Elle retentit ainsi sur le psychisme et par l'intermédiaire du système vago-sympathique sur l'organisme tout entier. C'est d'elle seule que nous nous occuperons.

Cette étude n'est d'ailleurs possible que parce que dans l'émotion le facteur strictement individuel est moindre que dans les autres activités psychiques : l'émotion est en quelque sorte peu influencée par la personnalité. Les gestes et les mouvements qui traduisent au dehors la vie affective sont les mêmes chez les individus : « C'est pourquoi, écrit MARAÑON, le meilleur matériel d'étude de l'émotion est l'expérience de nos propres émotions ». Mais n'est-il pas possible d'opposer la nature intime de nos sentiments aux « gestes et aux mouvements » qui la traduisent ?

A cette question SEGOND répond en notant que la vie affective exprimant à chaque instant la vie de notre corps a ses sources mêmes dans cette perception confuse de notre sensibilité viscérale que l'on appelle la cénesthésie. Dès lors, nulle différence de

nature entre ces mouvements internes de la vie corporelle et les mouvements que nous produisons au dehors, si ce n'est que notre vie intime nous semble nôtre plus profondément et, comme le dit W. JAMES : « plus familièrement ». Ainsi deux phénomènes évoluent ensemble parallèlement : l'un tout intérieur, tout intime, que nous ne pouvons saisir que par des méthodes psychologiques ; l'autre est la traduction extérieure de cet état : ce sont les réactions du sujet, organiques et psychiques, qu'il nous faudra saisir et analyser.

La vie émotionnelle consiste essentiellement dans les degrés divers de l'énergie interne, dans l'intensité variable de nos dispositions affectives. A l'inverse de ce que l'on pensait autrefois, l'équilibre passif est pour l'esprit et le corps humain la grande exception. Nous sommes en perpétuel mouvement entre deux pôles extrêmes, par exemple du point de vue affectif le pôle de la joie et celui de la douleur. SEGOND parle à ce sujet de pôle de tension et de pôle de détente maxima ; encore peut-on discuter de savoir si la joie est le pôle de tension maximum, comme le veulent la plupart des philosophes, ou au contraire comme le soutiennent les quiétistes, celui de la détente euphorique ? Remarquons aussi, avec DUMAS, que la joie et la douleur ne sont pas des émotions proprement dites mais plutôt des sentiments, des états d'être.

L'émotion c'est en somme la perception du courant subit et profond qui, sans cesse, nous mène d'un de ces pôles à l'autre.

Retenons cet aspect essentiellement dynamique de

notre vie émotionnelle. C'est un fait sur lequel nous ne saurions trop insister car il explique et conditionne les manifestations cliniques. La connaissance des modifications de cette énergie interne a longtemps échappé aux observateurs. Ces dernières années cependant, certains psychologues ont étudié et réussi par une véritable rythme-analyse à saisir ces différentes phases. Il y a là une méthode nouvelle, pleine d'intérêt, aussi riche de promesses que la méthode de FREUD. Mais, à l'heure actuelle, le clinicien ne peut s'engager dans cette voie, il n'a pas assez de documents et d'expérience pour juger de sa valeur pratique. Ne pouvant encore saisir dans leur essence même les ébranlements profonds qui sont le fait réel de l'émotion, il lui faut se contenter d'enregistrer les mouvements de surface qui, sans cesse, en sont les manifestations extérieures. Notre rôle sera donc d'observer et de saisir l'attitude émotionnelle et d'en inférer aux phénomènes profonds que ces mouvements de surface nous laissent deviner. C'est pourquoi nous aurons en vue les modalités exclusivement émotionnelles qui, selon L. de BANCELS, ne sont autres que les commotions affectives qui ébranlent l'organisme tout entier et dont la rage, l'épouvante, la tristesse, etc., donnent des exemples familiers à chacun. Ces manifestations physiologiques en quelque sorte d'une cause essentiellement psychologique, offrent à l'investigation une prise très objective.

Cette expression émotionnelle est éminemment variable avec la qualité du sentiment qu'elle exprime. Cependant, ses éléments périphériques sont toujours

les mêmes. C'est essentiellement une commotion du système nerveux végétatif dont la perception nous indique que nous sommes émus et une série de gestes par lesquels nous exprimons notre émotion. Ce dernier élément peut manquer complètement, soit que nous dominions notre émotion, soit que nous le supprimions par un effort de volonté. Ainsi, écrit M. MARAÑON, une partie des phénomènes expressifs appartiennent à la catégorie des phénomènes végétatifs : par exemple les larmes et la pâleur ; d'autres sont des actes moteurs : courir, sauter ; ils peuvent être dominés par l'effort volontaire de manière plus ou moins complète. Mais les phénomènes végétatifs, comme par exemple les larmes, ne sont pas absolument indépendants de la volonté ; ils ne sont pas non plus indispensables à l'émotion mais servent seulement à son expression. Il ne faut donc pas établir dans la vie émotionnelle de distinction absolue entre les manifestations du système cérébro-spinal et du système vago-sympathique. Il faut surtout retenir avec M. MARAÑON qu'il y a deux catégories de phénomènes émotionnels : des phénomènes d'expression qui ne sont pas absolument nécessaires et qui sont plus ou moins influençables par la volonté ; et des phénomènes purement commotionnels, absolument nécessaires à la perception de l'émotion, se traduisant par des perturbations profondes du système vago-sympathique, donc de la cénesthésie.

PAWLOW a montré l'antinomie entre les réactions émotives organo-végétatives et motrices. Les émotions psychiques produisent un choc d'autant plus

vif, que celui qui les éprouve en maîtrise davantage l'expression. Exemple : les colères les plus violentes ont un retentissement d'autant plus grand et prolongé sur le cœur et la circulation en général, qu'elles ont eu moins d'expression motrice : cris, gestes. Certains terrifiés, et les plus grands, sont véritablement inhibés avec suspension de la vie de relation, « relâchement des sphincters ».

L'émotion est donc une véritable intrication de phénomènes psychologiques et physiologiques dont il est intéressant et même capital, pour une étude comme celle-ci, d'étudier les rapports. Autrement dit, l'émotion est-elle un facteur mental dont les modifications organiques ne sont que le reflet ? ou bien, à l'opposé, n'est-elle pas commandée par ces derniers ? Il est intéressant, à ce sujet, de confronter les opinions des philosophes et les données les plus récentes de la physiologie humaine.

Il est curieux de constater que les philosophes ont été, pour la plupart, partisans des théories organiques. Ils en furent même les promoteurs, et DESCARTES ne voulait-il pas rendre compte par des impressions venues du cœur, du foie, ou des vaisseaux, de la nature singulière de chacune de nos passions. (Au ^{xvi}^e et au ^{xvii}^e siècles, le mot passion avait un sens beaucoup plus étendu qu'aujourd'hui et désignait tous les éléments affectifs.) LANGE, philosophe danois, a cru que les modes de la vie émotionnelle se ramenaient à l'expression psychique des troubles circulatoires ; mais c'est W. JAMES qui devait donner à ces théories une force et un éclat particuliers. Pour

JAMES, chaque émotion est le retentissement de l'équilibre actuel et instable du corps tout entier ; elle est la perception par la conscience des modifications organiques. « L'expression devient donc la matière indispensable et immédiate, écrit SEGOND ; de l'expression, c'est-à-dire du milieu qui la conditionne dépendront la réalité et la profondeur des sentiments que l'on éprouve. » Remarquons ici que le psychologue américain et ses commentateurs ne dissocient pas les phénomènes d'expression des phénomènes commotionnels. Il faudrait donc, semble-t-il, pour parler un langage plus physiologique, employer le terme de perception des phénomènes commotionnels. Si l'on analyse plus à fond la doctrine de JAMES, il faut remarquer qu'il n'a pas dissocié la vie des émotions de la vie spirituelle de l'homme. Et *les idées se fondent avec l'élément affectif*. L'émotion se développe en trois stades :

a) Un premier stade de perception qui est la représentation actuelle ou bien idéale d'un événement ou d'un être ; dans cette perception, il entre un élément intellectuel de compréhension. Et cet élément initial tiendra sous sa dépendance le développement ultérieur de l'émotion.

b) Puis des troubles organiques et les mouvements extérieurs qui l'achèvent et le traduisent.

c) Enfin, le sentiment intérieur de cette attitude.

Qu'on nous permette d'illustrer cette théorie d'un exemple concret, emprunté à JAMES lui-même et qui est d'ailleurs classique. Un homme rencontre un ours en liberté. Il a peur et il s'enfuit. Or, selon JAMES,

la fuite est initiale, c'est elle qui détermine la peur. Remarquons à ce propos qu'à l'origine, il y a un phénomène de compréhension du danger immédiat ; donc, il y a un élément intellectuel, un élément de conscience. S'il n'y avait qu'un élément organique, réflexe désintellectualisé en quelque sorte, la vision d'un ours en cage devrait produire les mêmes troubles : c'était d'ailleurs l'objection que faisait à JAMES un autre psychologue, Frédéric RAUH, objection qui n'est pas fondée, comme nous venons de le voir.

Si nous transposons dans le domaine physiologique les théories de W. JAMES, il semble que d'après lui, après une première phase de perception qui met en jeu les centres cérébraux supérieurs, se produit une sorte de descente dans l'organisme par ébranlement du système nerveux vago-sympathique et médullaire aboutissant aux phénomènes viscéraux de l'émotion ; puis le sujet prenant conscience des modifications viscérales réalise en quelque sorte son émotion en l'intellectualisant. Il est donc certain que, pour JAMES lui-même, le rôle des centres supérieurs est essentiel et qu'il n'a pas voulu assimiler le rôle du cerveau à un simple centre réflexe. Il a montré, au contraire, qu'il intervenait sans cesse dans la qualité et dans la genèse de l'émotion ; il a eu le mérite de montrer l'importance des facteurs périphériques dont il a amorcé l'analyse rationnelle. Mais, au lieu de penser que l'émotion est la perception de modifications organiques, on peut se demander si elle n'est pas perçue directement par la conscience et si ces modifications organiques ne sont pas absolument indépendantes des phénomènes intellectuels.

La plus grave objection que l'on puisse faire à W. JAMES est qu'il n'existe pas toujours un parallélisme étroit entre les manifestations organiques et l'intensité de l'émotion. L'analyse des sentiments passifs comme peuvent l'être la tristesse ou la joie, c'est-à-dire des sentiments dans lesquels le retentissement viscéral somatique est réduit au minimum, ne conduisent-ils pas à admettre l'importance primordiale de l'intellect, ou encore, comme l'a écrit DUMAS, de la cénesthésie cérébrale ? C'est ce problème que les physiologistes ont essayé de résoudre en se basant à la fois sur des expériences chez l'animal et sur l'observation clinique. Nous empruntons à LHERMITTE l'exposé et la critique des premiers expérimentateurs, SHERRINGTON, SOMER et HEYMANS GEMELLI. « Dans une première série d'expériences, SHERRINGTON « apesthésie » cinq jeunes chiens en sectionnant la moelle au-dessous de l'origine des nerfs phréniques, de manière à supprimer toutes les excitations venues de tout le segment somatique situé au-dessous des épaules. Malgré cette réduction des sensations organiques, les animaux apesthésiés manifestent par leur mimique les mêmes signes de dégoût, de crainte, de colère ou de plaisir que les animaux normaux devant les mêmes sources d'émotion. Poussant ses investigations plus avant, dans une seconde série de recherches, le physiologiste anglais ajoute à la transection spinale cervicale la division des pneumogastriques. Or, malgré l'isolement aussi complet que possible du cerveau d'avec ses connexions somatiques, les sujets opérés continuent de manifester les signes extérieurs des émotions.

Enfin, plus radicale encore est l'intervention qu'ont fait subir à des chiens, à des lapins, à des chats, de SOMERS et HEYMANS puisqu'il ne s'agit de rien moins que la décapitation avec conservation de l'activité cérébrale au moyen d'une circulation artificielle. Or, ici encore, l'expression de la tête des animaux se modifie selon la qualité des excitations d'ordre émotionnel que l'on provoque. Ces résultats expérimentaux sont loin de plaider en faveur de la théorie de William JAMES et semblent bien indiquer, comme l'exprime SHERRINGTON, que l'expression viscérale de l'émotion est consécutive à l'action cérébrale qui sous-tend l'état psychique ».

A ces expériences, l'on peut objecter que les bases physiques du processus émotionnel ne sont pas détruites et qu'il est impossible d'apprécier le degré de conscience d'un animal dont on ne peut affirmer qu'il est doué de conscience. Le système nerveux, chez l'homme, est trop différencié pour que l'expérimentation seule permette d'en fixer le rôle et les fonctions ; seule, la neuro-pathologie nous offre des moyens d'étude d'une sûreté et d'une précision suffisantes. Il est, à ce point de vue, une catégorie de malades très intéressante à étudier, ce sont les pseudo-bulbaires. Ces malades, sous l'influence de perceptions, de représentations, de souvenirs, d'excitations sensorielles et sensitives élémentaires très diverses, présentent tantôt l'ensemble de phénomènes somatiques qui caractérisent la joie exubérante, tantôt, au contraire, la tristesse la plus larmoyante. Mais la réaction émotionnelle est inadaptée, dysharmonique par rapport

à sa source génératrice. L'interrogatoire de ces malades, *lorsqu'il est possible*, nous apprend qu'ils n'éprouvent pas les sentiments que leur mimique trahit, qu'ils ont pleinement conscience du caractère morbide de leur expression émotive et, dit LHERMITTE, « ils en sont profondément humiliés et contrits ». Inversement, le parkinsonien, sous une façade impénétrable, sous un masque vidé, inexpressif, sous un regard lointain et comme figé, peut cacher une vie affective intense et tourmentée.

Ainsi se dessine un des points importants de la physiologie du système nerveux central qui devait être précisée et établie de façon indiscutable par les études physiologiques de CANNON et de son élève BARD, sur lesquelles nous reviendrons bientôt : les centres émotionnels principaux résident dans la région thalamique.

Ces centres vont être en relation, d'une part, avec le système vago-sympathique et diffuser par lui dans l'organisme tout entier, de l'autre, avec le cortex. Les relations avec le premier sont si étroites, qu'on a pu considérer les noyaux gris comme étant des ganglions sympathiques, mais les relations avec le cortex sont plus complexes et méritent d'être précisées. L'écorce cérébrale exerce normalement une inhibition sur les centres et si cette inhibition manque, il se produit un état d'hyper-activité que l'on constate en particulier chez les pseudo-bulbaires. CANNON et BARD, sur le chat décérébré, constatent cet automatisme des centres bulbaires et l'appellent le *chamrage* ou pseudo-rage. Toute l'écorce n'est d'ailleurs

pas en relation étroite avec les noyaux gris centraux et le rôle de freinage appartient surtout aux cellules de l'opercule rolandique, reliées aux noyaux gris par un faisceau cheminant non pas dans la région ventrale du pédoncule et de la protubérance, mais dans sa région dorsale. La destruction des centres corticaux de cette région et des fibres cortico-thalamiques, en libérant l'activité des corps optostriés détermine l'explosion réflexe dysharmonique que l'on observe chez les pseudo-bulbaires. La destruction du même système au-dessus du thalamus, détermine l'abolition de la mimique automatique. FULTON et INGRAHAM ont obtenu l'apparition du « cham-rage » chez le chat en détruisant les voies qui unissent le lobe frontal à la région thalamique.

Mais, à côté de ces centres automatiques, il existe des centres volontaires corticaux de la mimique émotionnelle. L'existence d'un appareil de la mimique volontaire ayant son centre également dans les cellules de l'opercule de la zone rolandique, d'où les fibres se groupent en faisceaux (faisceaux géniculés) et dont la terminaison s'effectue dans les noyaux des muscles facio-respiratoires, est admise par tous. De même, l'existence de centres corticaux de l'expression émotionnelle, niée pendant si longtemps, semble démontrée et le système thalamo-strié n'est pas l'état ultime de la vie émotionnelle. Déjà G. SPENCER avait montré qu'il existait chez le singe deux foyers : l'un frontal, l'autre centro-postérieur dont l'excitation provoque l'accélération ou l'arrêt de la respiration. CUSHING a montré qu'il était possible, par excitation

du cortex, au cours d'intervention chirurgicale, d'obtenir des faits analogues. Mais ces centres, s'ils sont indiscutables, ne diminuent en rien l'importance des centres siégeant au niveau des noyaux gris. Ces centres sont véritablement ceux de la vie émotionnelle : ils sont sous le contrôle du cortex qui les inhibe et ce jeu d'inhibition peut s'intensifier par l'habitude et la volonté : « Ainsi, écrit M. MARAÑON, l'individu peut parvenir non seulement à dissimuler ses émotions en maîtrisant ses gestes, mais encore à élever le seuil de son émotivité, pouvant théoriquement arriver à les supprimer tout à fait. »

Il semble maintenant utile de confronter les théories philosophiques parfois obscures et les conclusions parfois trop simples des physiologistes.

Il est à peine besoin de souligner l'appoint que donnent, aux partisans de la cénesthésie cérébrale, les résultats des expériences physiologiques. Le mécanisme du choc émotionnel est extrêmement simple : et avec MARAÑON on peut en analyser ainsi les éléments essentiels qui sont au nombre de trois :

1^o Une représentation mentale qui nous arrive par les centres ou qui est évoquée par le souvenir, à moins qu'elle ne naisse par la pensée elle-même ;

2^o Une commotion végétative par ébranlement des centres thalamiques ;

3^o Une série de gestes par lesquels nous exprimons notre émotion. Ce dernier élément, le geste peut manquer complètement, soit par le caractère de l'émotion, soit que nous le dominions et le supprimions par un effort de volonté. Nous avons déjà étudié les rap-

ports de cet effort volontaire et les phénomènes neuro-végétatifs. Ce mécanisme le plus simple est sans doute le plus fréquemment en jeu. Mais, est-ce bien le mécanisme exclusif ? Il nous a semblé que les notions modernes sur la physiologie des noyaux gris remettent en valeur, sinon la théorie de JAMES lui-même, du moins l'importance des facteurs périphériques sur lesquels il avait tant insisté. Il n'est pas possible de nier ce rôle et les travaux de CANNON le précisent mais ne le diminuent pas.

Nous avons vu que si l'on s'en tenait exactement à la théorie du philosophe américain, il faudrait admettre que l'émotion agit deux fois sur l'écorce cérébrale :

1^o Au premier stade de perception, puis, 2^o, au dernier stade de réalisation intellectuelle.

Dans l'intervalle, l'ébranlement émotif gagnerait ce que nous appelons maintenant le système sous-cortical : noyaux gris et système sympathique. Mais l'on sait aujourd'hui que ces noyaux gris sont, ou deviennent, au cours de la vie, le centre d'automatismes bien complexes. C'est ainsi que l'on admet que la marche, beaucoup de réflexes rapides, d'adaptation aux travaux devenus habituels, beaucoup de réflexes de défense aussi, comme ceux qu'acquièrent pendant les guerres les combattants menacés de toute part, quittent l'écorce cérébrale pour se localiser peu à peu dans les noyaux gris, l'écorce ne gardant sur eux qu'un contrôle d'ensemble. Ainsi s'explique-t-on que les combattants mis à l'abri dans des formations d'arrière très protégées, ou ce qui est plus démons-

tratif dans un pays neutre, présentent au moins pendant un certain temps en entendant un avion, par exemple, les mêmes sentiments de crainte et d'inquiétude, les mêmes gestes de défense que lorsqu'ils étaient exposés sur la ligne de feu. On peut donc reprendre l'exemple classique de l'ours de la façon suivante :

1^o La perception du danger, ours, ébranle dans un premier temps les centres sous-corticaux et déclenche les premiers réflexes de recul et l'ébauche de fuite avant même que les centres corticaux n'analysent cette perception.

2^o En même temps, les noyaux gris, centre des réactions vaso-motrices viscérales ou relais de ces réactions, déclenchent les phénomènes intenses et profonds, ceux que nous avons appelés les phénomènes commotionnels. Ils les déclenchent de façon variable, suivant les sujets, et suivant l'état du système vago-sympathique et endocrinien du sujet. En même temps, le cortex cérébral réalise la vision « ours », l'analyse, comprend le danger, entrevoit la fuite organique et la défense volontaire ; mais du même coup, il reçoit aussi la perception plus ou moins confuse, plus ou moins intense des réactions viscérales profondes et cela va teinter la réaction définitive du sujet d'une sorte de nuance spéciale : la nuance émotive. Il est difficile, évidemment, de faire la part de cette réaction périphérique et de l'élément purement intellectuel ; mais l'un et l'autre doivent rentrer en ligne de compte, et somme toute, devant le danger on se comportera différemment suivant que l'on est

ou non un émotif. Et cette émotion de peur va gêner l'individu dans l'élaboration de son plan de défense, le paralyser, parfois le perdre. C'est dans ce sens et dans ces limites que l'émotion peut être considérée comme pathologique et relever de la médecine.

CHAPITRE II

DE L'ÉMOTION A L'ÉMOTIVITÉ

L'émotion est essentiellement une réaction du sujet par rapport au milieu ambiant. Elle se traduit par des réactions vago-sympathiques profondes. Le centre intermédiaire entre l'acte de conscience et ses phénomènes périphériques est le cerveau moyen. Mais une représentation mentale peut fort bien rester confinée à l'écorce ; elle ne passera au cerveau moyen, c'est-à-dire qu'elle sera ou non une émotion, que dans deux circonstances essentielles :

a) Elle doit avoir une charge émotive suffisante : ainsi le bruit d'un aéroplane ne produit pas d'émotion en temps de paix et en produit en temps de guerre parce qu'il a une charge émotionnelle.

b) Il faut que la résistance individuelle de l'individu, ce que l'on peut appeler le seuil d'excitation (propre à chaque sujet et variable avec l'âge, les circonstances, l'éducation) permette que le courant soit arrêté ou non à l'écorce : ainsi devant une commotion affective les réactions seront variables. C'est ainsi

qu'il y a des hommes courageux et pusillanimes et l'on conçoit déjà que des émotions répétées, qu'une émotion très forte, que des troubles psychiques et organiques modifient la valeur de ce seuil.

c) L'on conçoit aussi que les perturbations du système vago-sympathique ne soient pas essentiellement nuisibles : ainsi une excitation par choc émotionnel léger peut être utile en stimulant un équilibre précaire, en excitant un ensemble de fonctions organiques, nerveuses et glandulaires éminemment utiles. Mais si l'excitation — autrement dit le choc émotionnel — est trop intense, ses effets sur les différents appareils de l'économie sont alors nettement perturbateurs et à un degré de plus ils deviennent inhibiteurs. La vie émotionnelle est une espèce de progression déterminée non seulement par le choc initial, mais encore par l'état du système nerveux qui le propage et aussi par l'état des appareils et organes qui le subissent et on peut passer de l'émotion normale à l'émotion pathologique non seulement sous l'influence de facteurs psychiques, mais encore par toute une gamme de perturbations organiques.

Transposons ces idées sur le plan psychologique et clinique.

Il est des réactions utiles, nous l'avons déjà vu, ce sont les réactions susceptibles d'être utilisées par l'individu comme des raisons d'action ou de défense. Elles tendent alors, selon la formule de DELMAS et BOLL, « à la sécurité du moi, à la conservation de son intégrité ; c'est un mécanisme de vigilance, une sentinelle qui doit reconnaître l'ami ou l'ennemi. L'émo-

tivité, disposition à s'émouvoir, est donc disposition à se garder, à se défendre». Comme le font remarquer les auteurs précités, on ne voit pas un individu réagir de façon très variable aux circonstances ambiantes. Il n'est pas tantôt très impressionnable et tantôt très impassible ; et chaque être reste sensiblement le même pendant tout le cours de sa vie.

L'émotif est précisément l'individu qui aura au maximum ces réactions malencontreuses qui vont le gêner, paralyser ses réflexes, inhiber ses réactions de défense. Essayons de dégager et de préciser les caractères essentiels de ces hyper-émotifs, d'analyser leurs troubles en nous basant sur l'étude physiologique que nous venons de faire.

a) Il y a des émotifs par abaissement du seuil d'excitation. Ce sont des sujets qui réagissent avec intensité à des excitations sans effet sur l'homme normal. Apprécier cette unité de base est évidemment un peu arbitraire ; il faut le faire avec prudence et sagacité en tenant compte de l'éducation, du milieu social et des circonstances ambiantes. C'est de la part du clinicien une question de doigté et de bon sens. Il est difficile de fixer les idées. L'enfant qui, pour une légère réprimande, éclate en sanglots, le vieillard qui pleure à l'occasion d'une quelconque manifestation de sympathie, encadrent aux deux extrémités de la vie cette notion d'émotivité par abaissement du seuil.

b) Mais la plupart des émotifs le sont par augmentation de la réaction émotive normale. Quelques exemples concrets permettront de saisir notre pensée : le trac de l'acteur est une réaction normale et qui

plus est, nécessaire. Mais si cette réaction est trop violente, si elle l'empêche de tenir son rôle, elle est nuisible parce qu'inhibitrice. La fuite sous le bombardement, si elle est raisonnée, orientée, logique, est la réaction normale de l'instinct de conservation. Mais si elle est désorientée, illogique, imprudente, elle est alors essentiellement un véritable « raptus émotif ». Nous pourrions multiplier les exemples mais il nous est possible dès maintenant d'opposer l'émotion, réflexe normal de défense et d'action, à l'hyper-émotivité qui, gênant l'action, empêche l'individu d'atteindre le but qu'il s'est assigné.

c) Enfin, une troisième catégorie d'émotifs réagissent par une diffusion massive et brutale à travers l'organisme du choc initial. Ce sont des malades qui présentent des symptômes viscéraux que nous étudierons plus loin et que nous ne ferons que citer : diarrhée incoercible, incontinence d'urines, troubles cardiaques allant de la banale tachycardie à la syncope en passant par l'angor, enfin véritables crises motrices allant de l'inhibition à la fuite désordonnée. Cet ébranlement ne respecte pas toujours le psychisme et c'est ainsi que l'on voit évoluer ces psycho-névroses émotives si bien décrites par DUPRÉ et Maurice DE FLEURY ; psycho-névroses qui, dans leur allure la plus grave, peuvent réaliser parfois un véritable tableau de confusion mentale.

Il n'est pas besoin de souligner ce qu'il y a d'arbitraire dans cette séméiologie de l'émotif. On ne peut scinder cette séméiologie que par le souci de faire un exposé didactique simple et complet. Ces trois ta-

bleaux s'intriquent souvent les uns dans les autres, et un émotif peut évoluer de l'un à l'autre. Ce qui distingue les émotifs entre eux, ce n'est pas en réalité les trois éléments de la crise émotive, c'est simplement le degré spécial de l'émotivité ; ce qui leur est commun c'est la fonction, et ce qui les différencie c'est le degré de cette fonction.

Pour nous résumer, nous dirons que ces réactions de l'émotif au milieu extérieur sont tantôt illogiques, tantôt dangereuses par leur action perturbatrice sur les réflexes vitaux et, comme le philosophe Mac DOUGALL, le médecin peut bien définir l'émotion de ces sujets comme des ratés de l'instinct, si dangereux pour l'individu lui-même qu'elles finissent par faire sombrer son psychisme.



CHAPITRE III

DE L'ÉMOTIVITÉ A LA CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE

C'est à l'école française que nous devons les précisions que nous possédons sur l'émotivité. MOREL, le premier, décrit fort bien le délire émotif auquel LASÈGUE préfère le nom, moins bon cependant, de délire mental. P. JANET, dont chacun connaît les travaux considérables sur la psychasthénie, PITRE et RÉGIS en 1902, par leur ouvrage sur les Obsessions et les Impulsions projettent une vive lumière sur bien des points obscurs. Enfin, dans une série de publications, Ernest DUPRÉ, de 1909 à 1911, « fixe avec une admirable précision, et dans une langue achevée, la plus concise et la plus ferme, notre savoir touchant la constitution hyper-émotive » (M. de FLEURY). Les publications de DUPRÉ eurent un très gros retentissement dont on trouve l'écho dans les travaux de CLAUDE, OPPENHEIM, DEJERINE et GAUCKLER et dans la thèse de FOURCADE. Pendant la guerre de 1914-1918, les observations publiées apportent à l'œuvre de DUPRÉ une justification décisive. Parmi

les travaux de synthèse il faut citer, à cette époque, le livre de DEVAUX et LOGRE (1918), sur « Les Anxieux », qui s'attache à montrer quelle coloration particulière la constitution hyper-émotive communique à chacun des principaux types des maladies mentales. Il faut citer aussi les travaux de Francis HÆCKEL et de Paul HARTEMBERG et ceux non moins importants de Maurice de FLEURY qui, dans de nombreux ouvrages, étudie, classe, analyse la documentation considérable apportée par tous les psychiatres et qui, avec une clarté lumineuse, trace et précise les cadres et la séméiologie des psycho-névroses émotives ou maladie de DUPRÉ.

Dans une deuxième série de travaux, poursuivis parallèlement à la précédente, et après la guerre, on étudie les relations de l'émotivité et du système neuro-végétatif. C'est à cause de ces relations, en effet, que l'émotivité offre l'avantage — si précieux pour les cliniciens — de s'extérioriser en des manifestations objectives et d'être, dans une certaine mesure, accessible à une thérapeutique qui en atténue les effets nocifs. A cette époque nous relèverons particulièrement les travaux de l'école française et notamment CLAUDE, SANTENOISE, POMMÉ, DANCENIS, — un exposé remarquable et complet est fait de ces travaux dans la thèse de DANCENIS. — Enfin, dans la période actuelle, l'incertitude est beaucoup plus grande, les rapports de la névrose émotive et du système vago-sympathique sont toujours à l'ordre du jour, mais l'on cherche de plus en plus à préciser le rôle des glandes à sécrétions internes. Il faut citer actuellement les

très intéressantes recherches personnelles et les exposés richement documentés de M. MARAÑON.

Ce qui doit rester à la base de cette étude c'est la connaissance de la constitution hyper-émotive des troubles qui la trahissent et pour lesquels le malade demande assistance au médecin. On ne saurait mieux faire que de se rapporter aux publications initiales de DUPRÉ et aux communications qui ont suivi, d'en faire la synthèse pour bien exposer tous les troubles que cette hyper-émotivité peut créer.

DUPRÉ, en décembre 1909, attirait l'attention de la Société de Neurologie sur la persistance chez l'adulte d'un état normal à l'adolescence et donnait en ces termes la description de la constitution hyper-émotive : « C'est un mode de déséquilibration caractérisé à la fois par l'exagération diffuse de la sensibilité et par l'insuffisance de l'inhibition motrice, réflexe et volontaire, en vertu duquel l'organisme présente aux ébranlements qui le sollicitent des réactions anormales par leur vivacité, leur extension et leur durée et se montre ainsi plus ou moins incapable de s'adapter aux circonstances soudaines, aux situations imprévues, aux milieux nouveaux. » Pour parler un langage moins abstrait et pour l'adapter à ce que nous avons dit, ces sujets doués de cette constitution dépassent dans leurs réactions les effets utiles de l'ébranlement psychique ; en un mot, ils sont des hyper-émotifs. Cette constitution offre pour les cliniciens l'avantage de s'extérioriser par des signes objectifs et DUPRÉ met en relief la valeur des réflexes émotifs.

Ces réflexes « sont involontaires à leur production, facilement observables et interprétables, sans ambiguïté » (DELMAS et BOLL). Ce sont essentiellement, en reproduisant la publication de DUPRÉ : a) l'exagération des réflexes normaux que provoquent les émotions un peu intenses : réflexes musculaires, tremblement, vivacité, augmentation d'amplitude des réflexes tendineux à la percussion, réflexes circulatoires, poussées de rougeur et de pâleur, palpitations cardiaques et réflexes sécrétoires traduisent le déséquilibre des réactions vaso-motrices : poussée sudorale, sciallorhée et sécheresse de la bouche, crises urinaires ; débâcle d'urine claire ; tendance aux spasmes des muscles lisses (qu'il s'agisse des muscles du pharynx, de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin). On note également du tremblement émotif, des troubles de la réflectivité inter-viscérale, de l'hyperesthésie sensitive et sensorielle.

C'est sur ce fond chronique, sur cette véritable constitution que vont naître les accidents pathologiques qui amènent le malade au médecin. Là encore, il convient d'aborder l'étude de ces manifestations avec un esprit didactique, tant elles sont nombreuses et variables. On peut voir le malade soit pour un trouble organique dont il faut reconnaître alors la nature exacte ; par exemple : certains sujets viennent consulter pour une polypnée transitoire survenue dans des circonstances qui doivent nous orienter vers un diagnostic étiologique de réaction émotive ; ou bien certains malades viennent consulter parce qu'ils ont présenté des phénomènes douloureux particu-

lièrement marqués, alors qu'ils étaient appelés à remplir un acte quelconque s'écartant de leur vie habituelle. Ils se plaignent, par exemple, de douleurs parfois très vives à la nuque. Ces faits sont assez fréquents. Parfois, ils ont ressenti une violente douleur au creux épigastrique ou dans la région abdominale ; ces signes se sont estompés dès que le malade est rentré chez lui ou qu'il a pu reprendre ses occupations les plus habituelles. Parfois aussi le malade est pris, à notre cabinet, ou a été pris, d'une crise assez caractéristique pour qu'on puisse en faire une crise de névrose émotive véritable. Le malade sent sa gorge se serrer, son visage exprime l'anxiété, il se couvre de sueur ; honteux, il voudrait se cacher, mais on a l'impression que la surcharge nerveuse l'en empêche : ses bras se tordent, ses mains se crispent et parfois l'effort est tel que l'organisme ne peut le supporter et le sujet s'effondre avant qu'on ait pu le rassurer et le soutenir. Il est inutile de souligner combien cette crise émotive est différente de la crise hystérique : ce n'est plus la crise théâtrale qu'on arrive à produire et qui cède dès que les circonstances extérieures ne s'y prêtent plus ; c'est une crise essentiellement douloureuse que le sujet voudrait cacher mais qu'il ne parvient pas à maîtriser et qui se termine le plus souvent par une crise de larmes ou une débâcle polyurique.

Formes psychiques.

Elles sont extrêmement nombreuses et sont déterminées en quelque sorte par la discordance qui existe entre les habitudes et les tendances de l'émotif et les

circonstances du milieu extérieur. C'est ainsi que, avec Maurice de FLEURY, il faut considérer comme des manifestations émotives certaines crises de colère brutale, d'indignation subite, d'impulsion irrésistible qui surviennent chez les individus. Certes, il considère même que certains cas de kleptomanie sont des manifestations d'anxiété aggravée par un choc émotif récent. Ce qu'il y a de certain, c'est que luttant constamment contre lui-même, ne pouvant jamais s'adapter aux circonstances, l'émotif cesse de croire en lui et il accusera bientôt la fatalité. C'est ainsi que par une série de petits chocs successifs, il devient un anxieux et dans un paroxysme d'anxiété il abandonnera la vie avec laquelle il ne peut plus se mesurer : le suicide sera alors sa suprême pensée, son suprême espoir.

Mais l'anxiété ne s'établit en somme qu'assez tard. Il est un paroxysme psychique qu'il faut connaître et qui est dû à la névrose émotive elle-même. Dans ce paroxysme l'on note une atteinte non seulement du domaine somatique et affectif, mais encore de l'entendement.

Cet état succède généralement à une grosse commotion affective : le sujet est alors désorienté, ses concepts, ses représentations ne lui appartiennent plus ; il est incapable d'y faire appel et de s'en servir. Il se présente alors comme en état de confusion mentale. *Mais ce n'est qu'une confusion apparente, car le malade sait où il est, reconnaît ceux qui l'entourent* et, selon l'expression de DANCENIS dans sa thèse, ce n'est « qu'une inhibition psychique momentanée, une ani-

déation complète ». Et cependant son psychisme n'est pas vide ; certes sa puissance d'action est anéantie, sa conscience obnubilée. Mais l'imagination libérée se donne libre cours et les images les plus fantastiques se déroulent dans son esprit. Mais cette imagination fonctionne pour ainsi dire à vide, elle n'est pas capable de déclencher le moindre réflexe et le malade qui imagine toutes les conséquences de sa crise, qui prévoit les difficultés qu'elle va engendrer, est cependant incapable d'y faire face. Il semble avoir perdu le contrôle de lui-même, tout est bouleversé dans sa vie, rien ne pourra le retenir. En un mot : il n'a plus son autocritique. Les concepts moraux qu'il s'est forgés au cours de son existence, si élevés qu'ils soient, ne parviennent pas à freiner ce que l'on peut appeler ce véritable automatisme imaginatif, automatisme qui inhibe les qualités supérieures de notre sujet. Ainsi, incapable de s'adapter, incapable d'agir, et mesurant en même temps toutes les conséquences de cette démission devant l'action et devant la société, l'émotif se cramponne à la dernière image qui passe à son esprit et se résout à la dernière action qui lui paraît possible et plausible : la fuite. Mais les caractères de cette fuite se ressentent évidemment de l'état du sujet ; cette fuite ne sera ni ordonnée, ni logique, ni raisonnée ; elle nuira au sujet plus qu'elle ne lui servira. En un mot, elle ira contre l'instinct. C'est surtout pendant la guerre qu'il a été donné d'observer des crises d'une telle ampleur. On a vu ainsi des soldats se jeter au milieu des balles ennemies ou fuir à l'arrière, mais ne cherchant pas à se disculper, ils le

faisaient toujours maladroitement, d'une façon telle qu'elle ne pouvait que leur attirer des réprimandes de la part de leurs chefs. C'est parfois une fuite réelle mais c'est le plus souvent une fugue ; et qu'à la suite de cette fuite, le sujet prenne connaissance de la gravité de sa faute, que les circonstances lui en paraissent insurmontables, ce sera le suicide ; mais un suicide impulsif, et non pas le suicide froidement raisonné et réfléchi comme celui du mélancolique. Il faut noter aussi, pour compléter les caractères de cette crise émotive, qu'elle est essentiellement pénible et douloureuse. L'individu a conscience de son état morbide et de son désarroi psychique ; il souffre, non seulement moralement, mais même physiquement, et de ces douleurs, l'angoisse est la plus constante et la plus pénible.

Ce que l'on observe aujourd'hui de façon courante ce sont non seulement des crises émotives, mais des états confusionnels du même ordre survenant à l'occasion d'accidents d'automobile. Pour peu qu'une telle aventure nous soit arrivée, il est facile rétrospectivement de se rendre compte que le désarroi des premiers moments a entraîné un certain degré de confusion mentale, notamment de confusion dans le temps, d'imprécision dans les réponses, parfois même une légère désorientation touchant la notion de droite et de gauche. A ce moment-là, c'est l'automatisme qui supplée souvent à l'insuffisance de l'attention et l'on a vu des automobilistes faire des réponses sinon absurdes, du moins erronées aux enquêteurs parce qu'ils se trouvaient précisément sous le coup d'une

secousse émotionnelle très violente touchant à la confusion émotive.

D'autres ont pu être accusés de délit de fuite parce qu'après avoir renversé quelqu'un ils n'ont eu qu'un souci : celui d'échapper aux conséquences de l'accident et parfois ils sont revenus de leur propre mouvement sur les lieux mêmes de l'accident parce que la première phase de secousse émotive était passée et qu'ils avaient pu, dans la suite, faire preuve de réflexion et de raisonnement plus logiques.

Extrêmement diverses apparaissent les manifestations dues à la constitution hyper-émotive. Ces manifestations sont la conséquence non seulement des épisodes organiques qui peuvent modifier l'état du sujet, mais encore du milieu ambiant. Plus les circonstances extérieures se dressent contre les instincts profonds de l'individu, contre sa manière de vivre, contre les habitudes qu'il a adoptées, les occupations qui sont les siennes, plus profonds, plus fréquents et plus graves seront les troubles observés. Nous verrons que certains individus réagissent par des manifestations organiques, d'autres par des manifestations psychiques, d'autres enfin par les deux. L'anxiété se constitue lentement par une série de petits chocs émotifs, elle est l'évolution normale en quelque sorte de la maladie de DUPRÉ qui a le temps d'évoluer. On est très longtemps un émotif simple avant de devenir un anxieux ; mais entre l'anxiété et l'émotivité il n'y a pas de différence de fond mais simplement une différence d'évolutivité, donc de gravité. Les circonstances extérieures par leur gravité imposent ces

formes paroxystiques qui sont bien connues surtout depuis la dernière guerre. Il n'est pas besoin de souligner ici tout leur intérêt au point de vue médico-légal. Ce qu'il faut retenir en conclusions, c'est l'importance des signes objectifs que DUPRÉ donnait comme signant la constitution hyper-émotive. Dans les cas difficiles, ils peuvent être d'un grand secours pour apprécier la nature d'un délit et pour préciser les responsabilités. Ce sont des problèmes que le psychiatre doit résoudre d'une façon extrêmement fréquente ; il n'est pas inutile que pour cela il ait en mains tous les éléments objectifs d'appréciation afin d'étayer son opinion sur des bases solides.

CHAPITRE IV

LES VARIATIONS DE L'ÉMOTIVITÉ AU COURS DE LA VIE CHEZ LES INDIVIDUS NORMAUX

L'émotion est la réaction de tous les instants de l'être humain, de ses instincts, de ses manières d'être, de sentir, d'agir, aux oscillations perpétuelles du milieu extérieur. De nature essentiellement dynamique, elle ne peut être dégagée des éléments corporels et spirituels qu'elle imprègne et dont elle est imprégnée ; elle ne peut être dissociée du milieu extérieur qui est son excitant, sinon exclusif, du moins le plus habituel. Il n'est besoin que d'étudier le sujet normal pour voir comment tous ces facteurs biologiques et exogènes modifient perpétuellement les réactions émotives.

a) Variations de l'émotivité dans le nycthémère.

Un fait est d'observation courante chez tous les individus : c'est le plus souvent au réveil et dans la matinée que les réactions émotives sont le plus prononcées. Chez les grands névropathes, chez les anxieux, cette recrudescence matutinale est particulièrement nette

et s'oppose le plus souvent à l'accalmie vespérale. Nombre d'anxieux déclarent que pour eux la vie ne commence que vers 16 ou 17 heures. Nous avons pensé qu'il fallait rechercher dans les modifications incessantes de l'excitabilité du système neuro-végétatif l'explication de ces phénomènes. Suivant MM. GALLAVARDIN et TOURNIAIRE, l'étude du rythme cardiaque et l'élévation thermique notés heure par heure nous renseignent avec un minimum d'erreurs sur la prédominance de l'un ou l'autre des deux éléments du double attelage vago-sympathique. Ils ont montré que, chez le sujet normal, la vague quotidienne d'accélération rythmique et d'élévation thermique débute relativement tard : 9 heures du matin, s'élève lentement jusqu'à 7 heures du soir, pour redescendre ensuite. Cette même vague, chez les malades atteints de névrose tachycardique monte rapidement pour atteindre son maximum à 9 heures ou 10 heures du matin, puis redescendre assez brusquement d'abord jusqu'à 5 heures du soir, puis progressivement jusqu'au milieu de la nuit. Nous avons étudié un grand nombre de courbes rythmiques de malades hospitalisés dans le service de notre maître le Professeur LÉPINE. Ces tracés ne sont pas absolument superposables à ceux de MM. GALLAVARDIN et TOURNIAIRE. La courbe obtenue est beaucoup plus oscillante, plus anarchique. Cependant elle est très instructive et l'on note en général cette descente brutale à partir de 10 heures du matin jusqu'à 5 heures de l'après-midi. Le rythme va se stabiliser à ce moment pour remonter rapidement au début de la nuit. C'est

donc chez le sujet normal, comme chez l'émotif, au moment où le système vague prédomine, que les réactions sont le plus stables. L'hyper-émotivité coïncide au contraire avec la prédominance de l'orthosympathique.

Émotivité et Cycle menstruel.

C'est sans doute par le même mécanisme de déséquilibre vago-sympathique que s'expliquent les interactions classiquement décrites entre l'émotivité et le cycle menstruel. Elles sont de deux ordres :

Tout d'abord l'émotivité est capable de transformer ce cycle : il existe des aménorrhées d'origine émotionnelle qui ont été bien étudiées par DALCHE et D. MACOMBER qui ont vu l'aménorrhée se produire à la suite de chagrins. Un certain nombre d'aménorrhées de guerre bien décrites par PETIT-DUTAILLIS n'avaient pas d'autre cause. Leur caractère est bien précisé par M. COTTE qui écrit à leur sujet : « Accidentelles ou transitoires, elles surviennent généralement chez des femmes prédisposées par leur constitution émotive ou par une affection utéro-annexielle latente jusque-là. Dans un certain nombre de cas, c'est au cours même de la période menstruelle que la cause occasionnelle (traumatisme, émotion, choc moral) intervient. Du coup, les règles qui étaient sur le point de paraître ou qui avaient déjà commencé se trouvent suspendues et s'arrêtent. L'évolution de ces aménorrhées est soit définitive, soit transitoire ; elle est diffi-

cile à fixer. KREISS a mis en évidence, dans ces cas-là, le déséquilibre fonctionnel du système nerveux autonome portant tantôt sur l'un, tantôt sur l'autre de ces éléments, ce qui explique l'action extrêmement variable de certains médicaments ou de certains extraits glandulaires. Inversement, on a vu des hémorragies plus ou moins abondantes succéder à un choc nerveux, et parfois même rétablir un cycle jusqu'alors arrêté.

L'émotivité modifie donc le cycle menstruel ; mais ce dernier, à son tour, modifie plus ou moins profondément la vie affective. Les fonctions psychiques, écrit M. COTTE, sont toujours profondément modifiées au cours du molimen. Les troubles qui en résultent affectent, suivant les cas, soit une forme de dépression avec accès mélancolique, soit une forme d'excitation avec agitation et délire... Ces troubles sont d'autant plus marqués que la malade est prédisposée. Ce que nous avons observé chez nos émotives c'est dans les deux ou trois jours qui précèdent les règles une inquiétude morbide allant jusqu'à l'anxiété, des manifestations d'hyper-émotivité : crises de larmes, pleurs sans cause ; généralement ces phénomènes cèdent le premier jour des règles. Parfois aussi, pendant cette période, les malades se plaignent de troubles cénesthésiques variables d'intensité et de topographie, mais le plus souvent se rapportant à la sphère pelvi-génitale. Nous avons noté aussi plusieurs fois une crise anxieuse ne durant que quelques heures ; elle est alors assez intense et prend parfois le masque organique d'une crise d'angoisse. Il faut, en outre,

signaler que chez les anxieuses un choc émotif à cette période peut avoir des répercussions sévères et c'est fréquemment à cette occasion que non seulement apparaissent des crises d'angoisse typiques, mais encore que les sujets peuvent attenter à leurs jours. On a rapporté également, chez des anxieuses chroniques, des actes de kleptomanie dus précisément à cette recrudescence par un choc émotif surajouté.

Nous pourrions aussi étudier l'influence perturbatrice de certaines maladies chroniques : affections gastriques, hépatiques, diathésiques, etc., mais l'influence des facteurs organiques apparaît surtout si, nonobstant ces modifications passagères et transitoires, on suit pas à pas la vie affective à mesure que l'individu grandit, se transforme, s'adapte et vieillit. Ces modifications sont si profondes et leurs répercussions si grandes, qu'elles ont frappé non seulement les médecins, mais aussi les romanciers, les auteurs dramatiques et les philosophes, qui les ont étudiées avec des disciplines différentes et qui sont arrivés à des conclusions à peu près identiques.

L'émotivité dans l'enfance et dans l'adolescence, et à l'âge adulte.

Le tout jeune enfant ne connaît pas l'émotion parce qu'il ne connaît pas la peur. Ce n'est guère que vers la troisième année qu'intervient chez lui un élément proprement psychologique : une sorte de crainte naissante du jugement d'autrui. Mais jusqu'à l'adolescence on ne découvre que des crises d'intimidation

plutôt que de la timidité vraie ; autrement dit, les troubles que ressent l'enfant ne l'empêchent pas d'agir, sa conscience est simple spectatrice : elle analyse simplement le trouble qui s'empare de l'être. Le trac est un exemple d'intimidation. Il y a un dédoublement qui se produit chez l'orateur : l'un qui parle, l'autre qui regarde et écoute parler. Et tandis que celui qui parle est en proie à une réelle émotion, celui qui écoute parler, observe et note : l'élément initial de l'émotivité — écrit M. Jean LACROIX — est donc bien la conscience dont le rôle est d'unifier et de nous rapprocher toujours de nous-même. Or, ce trouble est sans importance au point de vue social, en quelque sorte, si l'être qui observe ne gêne pas celui qui agit. C'est ce qui se passe le plus souvent chez l'enfant, beaucoup plus occupé de sa propre vie que de la réalité ambiante. Mais de même que la peur est chez lui le résultat d'un certain nombre d'expériences, l'émotion naîtra peu à peu ; elle est le résultat non seulement de l'éducation, mais encore des premiers heurts avec la société.

Mais au moment de la puberté et de l'adolescence, l'enfant va prendre contact avec la vie amoureuse, comme disent les philosophes, et la vie sociale. Ce sont deux faits extrêmement importants qui demandent une adaptation qui se fera plus ou moins vite, mais qui finira par s'établir d'une façon stable après une période d'oscillations plus ou moins intenses. On ne saurait trop insister sur ce fait capital. C'est pourquoi cette période de la puberté et de l'adolescence a une importance si grande aussi bien du point de vue organique

que du point de vue psychologique. Les moindres perturbations de ce moment décisif peuvent marquer d'une façon décisive la vie d'un individu.

Du point de vue psychologique, cette période, qui est une période d'adaptation de l'individu, se traduit par une crise de timidité ; mais cette période n'est que transitoire et bientôt l'adulte sourit des craintes du jeune homme. Elle est la période de la vie vraiment décisive au point de vue de l'évolution de la vie instinctive : l'individu prenant contact avec la société et la vie amoureuse.

Ce qui importe, somme toute, à cette période, c'est qu'il s'établisse une concordance, sinon parfaite, du moins relative, entre deux des dispositions affectives-actives du psychisme de l'homme, l'émotivité proprement dite et la sociabilité.

C'est bien le conflit de ces deux tendances qui commande toute la vie affective et l'on pourrait dire tout l'équilibre humain. C'est peut-être pour cela que l'émotivité passagère se révèle, même chez les sujets les plus froids — même chez ceux qu'en langage populaire on appelle d'un terme riche de sens, d'ailleurs, les mieux équilibrés — dans les phases successives de la vie amoureuse depuis les premières heures des fiançailles jusqu'aux premiers mois du mariage et dans toutes les perturbations de la vie conjugale.

Il n'est pas un homme, si sûr de lui soit-il, qui, à ses débuts, ne se soit senti gauche et timide ; et à côté de cette émotion stimulante qu'est l'amour, on voit surgir souvent à cette période de la vie toutes les

émotions inhibitrices qui s'exacerbent en paroxysmes plus ou moins violents : c'est le refoulement de FREUD ; soit paralysantes, et ce sont les vraies et surtout les fausses impuissances. Et si pour une cause ou pour une autre cette expérience de vie à deux accroche, l'on assiste parfois à un ébranlement définitif de l'équilibre nerveux et vaso-moteur. L'émotion née de cette expérience malheureuse, entretenue par une vie en commun qui devient un supplice, s'installe en habitude.

On pourrait en dire autant de l'expérience conjugale viciée dans son essence par un vice préexistant : homosexualité ou pratiques solitaires trop longtemps prolongées. Il faut connaître ces faits parce qu'ils sont d'observation fréquente et certaines crises émotives ou anxieuses n'ont pas d'autre origine. La vie sociale impose parfois à ces sujets une détermination, qu'ils n'auraient pas prise parce qu'ils gardent jalousement pour eux le secret de tares ou de vices qui les oppriment ; il est possible d'ailleurs qu'elle leur révèle parfois des horizons insoupçonnés par eux et qu'elle agisse somme toute d'une manière favorable. Mais il s'en faut qu'il en soit toujours ainsi. Et en tous cas la prise de contact en opposant la vie instinctive de l'individu et ses tendances aux réalités et aux nécessités de la vie conjugale ne se fait jamais sans un choc brutal.

Puis, la vie instinctive des sujets se fixe entre l'adolescence et la cinquantaine, jusqu'à cette période de la ménopause ou plus exactement de l'âge critique viril où de nouveaux bouleversements vont survenir.

L'âge critique chez l'homme.

Nous savons fort peu de chose de l'âge critique viril chez l'homme (nous n'emploierons pas comme KRAFT-ÉBING ou VINAY) le terme par trop péjoratif de ménopause. Fréquemment, mais non constamment, apparaissent aux alentours de la cinquantaine chez l'homme des défaillances de la sensibilité qui atteignent l'énergie de l'intelligence. On sait l'admirable description qu'a faite de cette crise Paul BOURGET dans le *Démon de Midi*, de cette crise qui bouleverse les façons de vivre de l'individu : « Il y a chez certains, écrit ce grand romancier, une usure lente ou une érosion profonde des doctrines depuis longtemps respectées. » Et, plus rigoristes sont les doctrines et les façons de vivre, plus apparents sont les désordres. Melchior de VOGÜÉ a bien étudié, chez CHATEAUBRIAND, cette époque troublée. Il voyait chez l'auteur du *Génie du Christianisme* un catholique, non pas d'imagination, mais de pensée, mais de conviction, et en même temps comme une créature d'entraînement émotif et de désirs désordonnés.

Mais ce n'est que par un rapprochement avec ce qui se passe chez la femme, que ces troubles ont pu être rapportés à l'âge critique ou plus exactement aux modifications glandulaires et biologiques de cette époque. A l'heure actuelle, la plupart des auteurs concluent avec MARAÑON : « Que ces accidents sont toujours en rapport avec la décadence de l'organisme vieillissant et qu'ils n'ont spécifiquement rien de

commun avec l'involution sexuelle. » Parmi tant d'autres auteurs, HOCHÉ et BAUER expriment la même opinion.

Pour s'en tenir à un examen objectif, il est impossible de ne pas souligner les profondes différences de l'involution des glandes endocrines chez l'homme et chez la femme, de ne pas apprécier aussi la différence essentielle des phénomènes psychologiques et sociaux qui marquent de leur empreinte cette période.

L'insuffisance testiculaire, fait central du déclin sexuel de l'homme, se produit d'une manière beaucoup plus tardive que l'insuffisance ovarienne. Les réactions d'hyper-thyroïdisme sont moins intenses, comme d'ailleurs les réactions hypophysaires et surrénaliennes. Enfin, l'épanouissement à ce moment-là de la vie sociale est non seulement pour l'homme une activité compensatrice, mais encore l'évolution naturelle de sa vie sexuelle : l'activité sociale chez l'homme, écrit M. MARAÑÓN, a un sens sexuel et le succès de ses agissements représente par conséquent un motif d'attraction sexuelle. Il n'est pas dans notre sujet de développer cette idée, mais il nous est permis de rappeler les admirables études sur cette question de Marcel PRÉVOST.

Parce que l'évolution de la vie sexuelle chez l'homme se transforme mais ne s'arrête pas, son instabilité émotive sera moins grande que chez la femme. Cependant l'homme, à partir de cette époque, au fur et à mesure qu'il avance dans la vie s'affine et se sensibilise aux chocs émotifs. Des motifs qui jadis le laissaient froid l'émeuvent et parfois cette surcharge

affective se traduit par une plus grande irritabilité : il s'exaspère facilement aussi bien dans la vie sociale que dans la vie familiale ; mais nous répétons que ces phénomènes sont d'une part inconstants, et d'autre part bien moins marqués que chez la femme.

Émotivité et ménopause féminine.

Il est assez difficile d'aborder la psychologie de la ménopause sans être impressionné par les analyses romanesques de l'âme féminine, au moment où s'accusent ses plus fins reliefs et où l'intelligence de la femme semble atteindre ses plus hauts sommets. Il faut faire abstraction de cette nombreuse littérature où les troubles de l'affectivité sont étudiés souvent avec un art consommé dans leurs plus lointaines conséquences sociales et familiales. Il faut faire abstraction aussi des troubles névropathiques ou psychopathiques que la ménopause met en relief mais qu'elle ne crée pas. Il faut s'en tenir, enfin, aux seuls troubles de l'émotivité qu'il faut essayer de dégager des autres éléments de la vie affective, en particulier des réelles modifications de l'instinct sexuel dues sans aucun doute aux perturbations endocrines : augmentation de l'érotisme et de l'instinct sexuel, ou bien, à l'opposé, diminution exagérée de ce sentiment et tristesse sexuelle ; et dans quelques cas, tendance à l'inversion. Il est bien certain que l'émotivité, fonction la plus élémentaire de la vie affective, n'est pas indépendante de ces perturbations profondes de la vie instinctive ;

il est même sûr qu'elle est influencée par elle comme elle l'est par les troubles glandulaires sur lesquels nous aurons l'occasion de revenir, par les phénomènes organiques de cette époque et par les circonstances sociales.

En effet, « les agressions émotives de l'ambiance augmentent aussi à cet âge : à partir de la maturité, avec chaque année qui passe, les succès présents comme les illusions d'avenir, deviennent de plus en plus rares ; la déchéance physique commence ; la famille et les relations qu'on s'est faites donnent de multiples sujets d'amertume : tout enfin, se ternit à nos yeux sous la rouille et les cendres du déclin tandis que, par contraste, se projette en lumière la montée des générations qui nous suivent, dont nous admirons les avantages, nous qui n'avons pas su apprécier ceux de notre propre jeunesse perdue. Les agressions émotives assaillent donc l'esprit, précisément au moment où il est le plus vulnérable à leurs attaques, jusqu'à ce qu'arrive la vieillesse et avec elle l'engourdissement du mécanisme émotif qui rend d'ordinaire moins tourmentées et parfois singulièrement heureuses les dernières années de l'existence ». (MARAÑON.)

Mais, sans chercher à l'expliquer, il est possible d'analyser cette émotivité, et d'une façon d'autant plus sûre que cette instabilité émotive est bien souvent l'unique phénomène psychique de la ménopause ; c'est à lui que doivent être rapportés les autres troubles plus évolués et, en particulier, toute la gamme des névroses-angoisses que l'on observe à cette époque.

Émotive, la femme climatérique l'est par abaisse-

ment du seuil : elle s'émeut et les larmes lui viennent aux yeux au théâtre où elle doit renoncer à se rendre ; son émotivité apparaît aussi dans les faits les plus habituels de son existence : la lecture des journaux lui devient insupportable car tous les stimulants émotifs, la tristesse, la joie, la peur, l'impatience, la font vibrer violemment ; elle l'est aussi par la violente diffusion du choc ; et une peur légère qui, autrefois, l'eût laissée indifférente, la fait sursauter de tout son être.

Qu'il nous soit permis de rapporter une lettre, publiée par M. MARAÑON, dans son étude pathogénique et critique de « l'Age critique » qui est une analyse merveilleuse de cet état de sensibilisation au choc émotif très spécial à cette période de la vie féminine.

Il s'agissait d'une femme, très intelligente et bonne observatrice, jusqu'alors bien équilibrée et qui présentait une ménopause prématurée. « Pourquoi mon caractère a-t-il tellement changé ? Autrefois, j'étais très calme et maintenant, une contrariété ou une injustice produisent en moi un tel bouleversement, je suis dominée par une émotion tellement forte, que ceux qui m'entourent peuvent facilement s'en rendre compte au tremblement de ma voix ; et surtout, je le remarque moi-même, à ce que je ressens une angoisse horrible, une sensation d'étouffement, comme si le cœur (je ne sais pas le dire scientifiquement) voulait sortir de sa place. Ce qui m'inquiète le plus, c'est que ces accès d'émotivité ne sont pas du tout en rapport avec les causes qui les provoquent. » La littérature

est pleine d'allusions à cette paix du déclin. Les écrivains les plus pessimistes et les plus tourmentés à ce moment-là connaissent enfin un peu de bonheur. Et c'est un des plus pessimistes parmi les philosophes, NIETSCHE, qui écrit ces phrases qui contrastent étrangement avec ses œuvres habituelles : « L'automne de la vie est une époque pleine du mystère de tout ce qui est immobile, semblable à un vaste plateau au sommet d'une montagne, caressé par une brise fraîche, sous un ciel pur et sans nuages, d'où l'on contemple la terre, avec la même sérénité, la nuit et le jour : l'époque du recueillement et de la joie la plus cordiale. »

Mais cette paix intérieure isole le sujet de plus en plus de l'ambiance ; elle favorise l'auto-analyse et les tendances égocentriques, et c'est ainsi que peu à peu le sujet arrive à cette psychologie si spéciale de la vieillesse que nous allons étudier.

Émotivité et vieillesse.

Pour étudier l'émotivité des vieillards il nous faut faire d'emblée une restriction : nous pensons en effet que le vieillard qui donne une très large part à sa vie affective est généralement l'exception. Il s'agit alors, le plus souvent, de sujets qui toute leur vie ont été des émotifs ou des anxieux.

Cette exception est d'importance quand on veut comprendre la psychologie du vieillard. Mais dans la norme, il faut se demander s'il existe des faits d'hyper-

émotivité vraie chez les individus sénescents et en dehors, bien entendu, du pseudo-bulbaire qui devient par lésions un faux émotif.

On pourrait, sur le plan sexuel, considérer comme tels les derniers épisodes de la vie génitale si souvent étudiés par le roman et le théâtre contemporains. Mais, à une analyse très poussée, il semble bien qu'au contraire ces sujets recherchent l'émotion sexuelle pour des raisons surtout intellectuelles. Et s'ils sont conduits à faire appel à cette sorte de déviation, c'est que leur seuil d'excitabilité se trouve augmenté : ce qui prouve la baisse de leur émotivité.

Sur un autre plan affectif, il faut admettre que la sentimentalité du vieillard s'atténue souvent et dans les cas extrêmes, derrière le masque du pleurer spasmodique, certains glissent lentement sur un fond d'indifférence sur lequel les émotions-chocs n'ont plus de prise.

CHAPITRE V

ÉMOTIVITÉ ET INTELLIGENCE

Nous n'avons pas abordé jusqu'ici les rapports de l'émotivité et de l'intelligence. Il s'agit là d'un des problèmes les plus délicats, les plus controversés et aussi l'un des plus intéressants de la philosophie contemporaine. Dans la plupart des travaux actuels, surtout les travaux médicaux, on ne semble pas avoir différencié l'émotivité des autres éléments de la vie affective. Il est bien certain, d'ailleurs, que cette dissociation est en réalité surtout didactique et commode, mais l'émotivité est le plus souvent développée proportionnellement aux autres tendances. C'est pourquoi, indifféremment, l'on trouve les mots d'affectivité et d'émotivité. Cette réserve faite, il nous semble que ce problème est plus d'ordre psychologique que médical. Nous ne ferons que l'ébaucher.

Comme le faisait remarquer MAINE DE BIRAN, il faudrait saisir l'affectivité à l'état pur pour étudier ses rapports avec les éléments proprement intellectuels. Ces états affectifs purs ou dominants se rencontrent dans le rêve, dans l'état de veille, au réveil

normal ou anesthésique. C'est sans aucun doute la manière vraiment rationnelle d'aborder cette question. Cependant, pour s'en tenir aux faits, on est frappé de voir combien les hommes d'une intelligence supérieure ont été de grands émotifs : TURENNE, SULLY PRUDHOMME, CHOPIN, J.-J. ROUSSEAU, PASCAL sont, dans les différentes branches de l'activité humaine, les exemples les plus fameux et les plus remarquables. L'association de l'émotivité et de l'éthisme comme le rapportent DELMAS, MARCEL BOLL, MAURICE DE FLEURY, fait accomplir à l'homme les plus belles actions.

Cette association est si fréquente que, pour beaucoup, elle est essentielle. L'affectivité serait même une des sources de l'intelligence, elle lui serait antérieure. « Je sentis avant que de penser, disait J.-J. ROUSSEAU, c'est le sort commun de l'humanité. Je l'éprouvai plus qu'un autre. ». Lorsque cette émotivité n'est pas freinée par l'intelligence ou par certaines conventions sociales, elle s'exprime par des manifestations éclatantes qu'il faut savoir interpréter. Ainsi, à 10 ans, la seule vue d'une trompette — si l'on en croit son biographe — mettait MOZART en fuite ; et l'on raconte que PASCAL ne pouvait souffrir de voir son père et sa mère proches l'un de l'autre. Mais cette étroite relation entre émotivité et intelligence entraîne-t-elle la conséquence qu'elles sont unies par des rapports de cause à effet ? On pourrait le croire en lisant un grand nombre de philosophes contemporains et cela, s'explique un peu par le fait que ce n'est guère qu'à la fin du siècle dernier, que les philosophes ont découvert ou plus exactement situé la vie affective

dans le développement intellectuel. On a cette impression en particulier en lisant les développements qu'inspire à Maurice BARRÈS cette remarque du philosophe SOURY : « L'émotivité est une des sources de l'intelligence et de l'esprit... » On a aussi cette impression à la lecture de la thèse de FOURCADE (1914), où on lit notamment : « L'émotif n'est pas un individu d'un niveau intellectuel inférieur, et l'émotivité est surtout l'apanage des gens intelligents... Plus que les autres, ils sont capables de tous les modes de l'activité intellectuelle... Quoique l'intelligence soit l'humble esclave de leurs sensations. »

Il est bien entendu que ces littérateurs confondent émotivité et affectivité ; en général, la première n'est qu'une des modalités de l'autre. Nous remarquerons aussi que dans l'émotion proprement dite intervient parfois un état intellectuel indiscutable et le choc émotif initial dépend de la richesse des impressions qui supposent notamment des souvenirs d'état affectif antérieurs, des évocations agréables ou pénibles. Mais cependant il ne semble pas que l'émotivité soit l'apanage des gens intelligents. Nous l'avons observée chez les débiles où l'expression émotionnelle est évidemment différente, mais n'existe pas moins. En règle générale, l'affectivité du débile reste essentiellement superficielle. Il apparaît plus émotif que véritablement sensible ; on ne peut pas nier cependant que certains oligophrènes soient doués d'éthisme, de bonté, avec toutes les conséquences sociales que suppose l'association de telles tendances affectives-actives.

Existe-t-il à côté de tous ceux-ci des sujets de

facultés intellectuelles remarquables dépourvus sinon d'émotivité, du moins de toute vie affective ? Le sens moral et l'éthisme restent évidemment des éléments fondamentaux de l'activité de chacun. Mais il faut tenir compte aussi, pour l'analyse de la vie affective, de ces deux tendances : l'avidité et la sociabilité qui sont des stimulants puissants, même dans le domaine intellectuel. Certains individus peuvent apparaître indifférents, affectifs et moraux, qui sont cependant doués de sociabilité et d'avidité et ils s'adaptent d'autant mieux à l'existence qu'ils sont favorisés par leurs dons intellectuels.

Pour comprendre la force que donne l'émotivité à l'intelligence, il faut — à notre avis — analyser ce qui se passe à l'adolescence chez des sujets capables d'analyse et d'introspection. Ce timide se réfugie en lui-même ; il va devenir son seul juge et c'est devant lui-même qu'il va essayer de se justifier. Il en veut à ce monde qui l'attire, comme un fruit défendu et délicat, et auquel il ne s'adapte pas. Le rêve par lequel, enfant, il échappait aux contraintes sociales, ne suffira plus à sa jeune intelligence, aussi va-t-il devenir un analyste pur, mais un analyste de lui-même : « Deviens ce que tu es », de NIETZSCHE, voilà sa propre devise. Et pour se justifier il poussera très loin sa vie intellectuelle, il la poussera jusqu'à ses limites extrêmes. C'est pourquoi l'émotivité est si souvent génératrice de grandes œuvres ; elle ne crée point les facultés intellectuelles, mais en permet le plein développement. Ainsi chez l'émotif c'est par un véritable phénomène d'auto-défense que s'exagère

en quelque sorte la vie intellectuelle ; c'est de cette façon qu'il peut lutter contre l'ambiance, c'est de cette façon qu'il va s'imposer, et qu'il va satisfaire un orgueil qui ne fait qu'augmenter avec les éléments sans cesse nouveaux que lui apportent l'auto-analyse et aussi ses insuccès mondains dont il souffre profondément.

Tout dépend donc en réalité des capacités intellectuelles initiales du sujet. Ainsi l'émotivité s'inscrit avec des nuances diverses, avec des notes bien différentes, dans toute la gamme des intelligences humaines.

Exaltant les facultés intellectuelles, capable par elle-même de susciter et d'engendrer des actes admirables, s'intellectualisant parfois en des dispositions éminemment utiles pour le rayonnement social de l'individu, l'affectivité — et donc l'émotivité — ont dans la vie de chacun une place de premier plan. Et n'est-ce pas, en un mot, ce que voulait traduire Maurice BARRÈS lorsqu'il osait écrire : « L'intelligence, quelle petite chose à la surface de nous-même ! »

CHAPITRE VI

LA PLACE DE L'ÉMOTION DANS LA PATHOLOGIE VISCÉRALE ET DANS LA PATHOLOGIE MENTALE

L'émotion s'inscrit entre les réactions psychologiques et les réactions viscérales puisqu'elle n'est que le retentissement de l'une sur l'autre. Il n'est pas étonnant, par conséquent, de la retrouver à la fois dans la pathologie viscérale et dans la pathologie mentale, soit que les lésions organiques chez l'émotif constitutionnel se nuancent d'une teinte spéciale, soit que les ébranlements émotifs successifs servent de recrutement à certains syndromes psychiatriques.

I. - L'ÉMOTIF DANS LA PATHOLOGIE GÉNÉRALE

A. — SÉMÉIOLOGIE DE L'ÉMOTIF

Il est fréquent, chez des malades, qu'une nuance émotive vienne teinter tout un récit, modifier toute une séméiologie, parfois même provoquer un véritable syndrome pathologique spécial. Il faut d'abord, de

toute nécessité, dépister ces malades ; sans doute le plus souvent, nous faisons d'emblée la synthèse de ce qui est organique et fonctionnel. Mais il n'est pas sans intérêt d'analyser nos impressions et de retenir toute une série de petits signes dont l'importance est essentielle.

Ces malades se présentent à nous avec un regard spécial, humide, doux et attachant. Si l'œil est un peu saillant, ce n'est plus l'éclat dur et métallique du Basedow et, par opposition à la rareté du clignement des maladies de Basedow, la paupière de ces malades est agitée d'un frémissement continu, surtout si on leur demande de fermer les yeux. On est frappé par l'intensité de leurs réactions vaso-motrices : rougeur de l'érythème pudique, hypersécrétion aux aisselles, aspect si caractéristique des mains à la fois froides et humides, presque visqueuses, en « pattes de crapaud ». Le récit qu'ils nous font de leur maladie trahit leur trouble et leur anxiété. Souvent ils bégaiement ou recherchent leurs mots ; ce signe a une grande valeur s'il n'existe qu'au début de l'examen et s'il disparaît lorsque le contact s'est établi entre le médecin et le malade. Puis l'interrogatoire va nous révéler les troubles fondamentaux de leur activité psychique : ce sont des douteurs, des scrupuleux, et dans la crainte où ils sont de ne pouvoir s'extérioriser, ils ont très souvent écrit un récit minutieusement circonstancié des troubles qu'ils ont présentés et que, fréquemment, ils ont analysés après coup avec une exactitude pointilleuse. Ces petits papiers qu'ils apportent avec eux ont une certaine valeur diagnos-

tique. Tout en eux traduit la crainte, l'inquiétude, l'anxiété. Assis au bord de leur siège, ils regardent à droite et à gauche, scrutent le visage du médecin ; le moindre bruit les fait sursauter. Ils ressentent d'ailleurs leur émotivité comme une gêne, comme un phénomène pénible et souvent spontanément, ils la signalent.

Cet ensemble suffit le plus souvent à classer ces malades, mais il est bon de pousser plus loin cette séméiologie et de rechercher les symptômes de déséquilibre du système de l'expression émotionnelle, du système vago-sympathique.

B. — ÉTUDE DU DÉSÉQUILIBRE VAGO-SYMPATHIQUE

On peut saisir, par l'interrogatoire et par l'examen, le sympathique dans ses manifestations spontanées et conclure de certaines de ses manifestations à une prédominance, à un dérèglement d'une de ses phases.

A l'interrogatoire, nous pouvons noter des faits qui signifient presque la vagotonie : engelures hivernales, migraines rouges, urticaire, lipothymie, syncopes plus ou moins vraies, plus ou moins répétées, plus ou moins longues ; crises d'asthme, de dyspnée paroxystique ou d'angoisse, en dehors des états cardio-rénaux. Enfin, constipation habituelle et fausse ptose.

Ou bien certains signes nous orientent vers l'hyper-sympathicotomie paroxystique : syndrome de RAYNAUD, crises de tachycardie paroxystique, diarrhée

sans cause et toutes les entéro-névroses, instabilité thermique, bouffées de chaleur.

Il est exceptionnel que dans le double attelage sympathique et vague, la prédominance de l'un ou de l'autre des deux systèmes fasse pencher l'organisme définitivement et constamment dans le même sens. En réalité, le système sympathique est un système oscillant où se manifestent sans cesse des réactions alternantes ; sa pathologie est donc le plus souvent, elle aussi, une pathologie oscillante : ce qui laisse deviner les difficultés d'une classification.

Il est nécessaire de toujours étudier un réflexe sympathique dans les deux sens : lors de l'excitation initiale, puis lors de l'inhibition secondaire. Le principe des réflexes sympathiques est d'exciter artificiellement un des segments du système neuro-végétatif et d'étudier ses réactions pour en tirer des renseignements sur son mode d'activité habituel. Les réflexes sont, pour la plupart, empruntés à l'examen cardio-vasculaire où le rôle accélérateur cardiaque et vaso-constricteur périphérique du sympathique est indiscutable et d'une constatation relativement facile. Le plus connu est le réflexe oculo-cardiaque décrit presque en même temps, en 1908, par DAGNINI et ASCHNER. Ces auteurs montrent que la compression des globes oculaires produit un ralentissement du pouls ; étant donné le rôle frénateur connu du X sur le cœur, ce réflexe fut considéré comme empruntant les filets du X comme voie centrifuge ; et ce réflexe fut employé comme un moyen d'explorer l'excitabilité de ce nerf. On n'attacha d'abord de l'importance

qu'au ralentissement initial ; et il était logique de penser qu'il était proportionnel au degré d'excitabilité du pneumogastrique. Puis on s'aperçut qu'il était suivi d'une accélération plus ou moins marquée. Nous retrouvons la loi des phases alternantes ; et ce qui importe c'est précisément le rapport des deux phases. Si la phase de ralentissement est très accentuée et durable, le réflexe est dit très positif ; on conclut à une hyperexcitabilité du X et à une vagotonie. Si, au contraire, la phase de ralentissement est faible et brève, et si très vite survient une accélération marquée et durable, le réflexe est dit inversé, le sujet est hyper-sympathicotonique.

La valeur pratique de ce réflexe est très diversement appréciée : le réflexe oculo-cardiaque, dit LAIGNEL-LAVASTINE, a pour le système vago-sympathique la même valeur que le réflexe rotulien pour le système cérébro-spinal. Par contre, GUILLAUME, dans son livre, lui reproche de n'être pas suffisamment précis ; les simples numérations du pouls, de quart d'heure en quart d'heure, ne sont pas probantes car « aucun réflexe n'est concluant si l'enregistrement graphique de ce réflexe n'est pas effectué ». On peut lui reprocher d'être une méthode douloureuse, ce qui est un grief sérieux dans une exploration sympathique ; car le retentissement cardiaque n'est peut-être qu'un élément d'une crise plus complexe. Mais parce qu'il a des bases physiologiques très solides, ce réflexe garde une certaine valeur pourvu qu'on sache le rechercher et qu'on l'apprécie à cause des restrictions que nous venons de faire, avec un certain esprit critique.

Le réflexe solaire.

Le réflexe oculo-cardiaque mesure surtout le degré d'excitabilité du pneumo-gastrique ; le réflexe solaire mesurera l'excitabilité du sympathique. Ce réflexe provoqué par la compression du plexus solaire à travers la paroi abdominale, se traduit par des modifications vaso-motrices générales dans le sens d'une vaso-dilatation abdominale et d'une diminution dans la circulation périphérique de la pression différentielle. En pratique, on le recherche en notant les oscillations du Pachon avant la compression du plexus et en constatant la diminution des oscillations après cette compression. Ce réflexe, qui utilise les voies du sympathique thoraco-lombaire, est considéré par CLAUDE, GARRELON et SANTENOISE comme un procédé d'investigation électif de l'excitabilité de l'orthosympathique.

Les autres réflexes.

Il est d'autres réflexes vago-sympathiques : réflexe pilo-moteur d'André THOMAS, réflexe naso-facial, etc. Leur valeur n'est pas discutable surtout, mais non exclusivement, dans l'exploration du sympathique local.

L'exploration biologique du système neuro-végétatif.

On peut aussi explorer l'équilibre neuro-végétatif en observant les modifications obtenues par l'emploi

de produits pharmacologiques à affinité plus ou moins élective sur l'un des éléments du système vago-sympathique. Les épreuves qui paraissent les plus recommandables sont les suivantes : épreuve de GOETS à l'adrénaline pour juger de l'état du sympathique, épreuve combinée atropine-orthostatine de DANIELOPOLU : la paralysie momentanée du X permet de saisir son tonus ; épreuve au nitrite d'amyle de RICHARD pour apprécier l'état d'excitabilité du parasympathique vaso-dilatateur.

Mais l'interprétation des résultats, quelque séduisants que soient au point de vue théorique ces procédés, est rendue délicate par l'amphotropisme des produits employés. La dose utilisée, l'état antérieur du système nerveux végétatif, interviennent dans la réponse obtenue ; c'est pourquoi, avec M. LANGERON, il faut admettre « qu'il s'agit » d'une méthode délicate dans ses constatations et complexe dans son interprétation. Elle doit, en définitive, céder le pas à l'observation clinique ».

Un moyen d'explorer le Sympathique : L'étude de la paroi artérielle.

Si bien que les résultats de l'étude de ces réflexes sympathiques sont assez décevants. Pris isolément ils sont critiquables, sinon dans leur principe, du moins dans le nombre de facteurs plus ou moins discordants qui interviennent. Mais si, étudiés en série, ils donnent des réponses identiques, cette concor-

dance a une certaine valeur parce que l'importance des causes d'erreurs, variable avec chaque méthode, s'avère peu perturbatrice. Ces difficultés et ces critiques nous ont amené à reprendre, suivant les principes de notre Maître le Dr BARBIER, l'étude de la paroi artérielle telle qu'il l'avait conçue dans sa Thèse inaugurale. En effet, dans la série des épreuves sympathiques proposées ou des épreuves pharmacodynamiques, on met en jeu des voies compliquées et des centres multiples : c'est pourquoi les réflexes observés sont confus et d'interprétation si difficile.

L'un des avantages de l'exploration des tons artériels est non seulement dans la simplicité du procédé mais encore dans la brièveté du segment sympathique observé : Ce qui rend à l'observation toute sa netteté de réponse et d'interprétation. Nous nous sommes attaché à rechercher un moyen pratique d'exploration artérielle et nous sommes arrivé à la notion suivante : *si sous l'influence du massage artériel pratiqué à l'aide de la manchette du sphygmomanomètre, les tons artériels baissent ou s'éteignent, le sujet est vago-tonique; s'ils augmentent ou deviennent cinglants, il est sympathico-tonique. Enfin, si les tons varient d'un moment à l'autre et passent par des périodes d'extinction ou de réveil il s'agit d'une véritable dystonie sympathique et c'est ce que l'on observe le plus fréquemment chez les émotifs.* Cette interprétation est conforme non seulement aux faits observés, mais encore avec la notion de l'élément spasmodique d'origine sympathique qui sous-tend la paroi artérielle et qui est un élément important de la tension artérielle. En tous cas, chez

nos malades, que l'étude des réflexes et les épreuves pharmacodynamiques nous permettent de considérer soit comme des vago-toniques ou des sympathicotoniques nets, l'auscultation artérielle nous a toujours donné une réponse dans le même sens.

L'étude du déséquilibre vago-sympathique chez les émotifs et les anxieux.

Il nous faut maintenant préciser dans quel sens se fait le déséquilibre vago-sympathique chez les émotifs. Les résultats auxquels sont arrivés les auteurs sont contradictoires. D'une étude se basant sur soixante observations, J. EUZIÈRE et J. MARGAROT concluent : « Chez les anxieux, l'activité du sympathique l'emporte sur celle du vague ; elle est d'autant plus marquée que l'anxiété est plus vive. Les variations présentent un parallélisme beaucoup plus rigoureux encore avec les divers degrés de l'élément physique de l'anxiété, c'est-à-dire avec les divers degrés de l'angoisse ». HARTENBERG arrive à des conclusions identiques. Par contre, D. SANTENOISE et P. ABELY concluent à l'existence, chez les anxieux, d'un état vago-tonique tandis que pour Germain GERBRIAN, « l'état sympathico-tonique est concordant avec le tableau d'anxiété qui est exagéré par l'adrénaline, la pilocarpine, l'ésérine ». Comme le fait remarquer F. DANCENIS, ces auteurs parlent indifféremment d'anxieux et d'émotifs. Tout en reconnaissant les nombreux points communs qui unissent ces deux

catégories de malades, il arrive à la conclusion que le plus souvent les émotifs sont sympathico-toniques, les anxieux vago-toniques et que, dans un grand nombre de cas, c'est le déséquilibre vago-sympathique qui domine. Nos observations confirment cette manière de voir. Ainsi, de la notion de vagotonie qui a servi de base aux travaux initiaux d'EPPINGER et HESS, on arrive à celle de neurotonie (GUILLAUME, 1919) et enfin à celle d'amphotonie (DANIELOPOLU, 1922) : le vrai déséquilibre est comme le système vago-sympathique lui-même un déséquilibre. des deux phases, c'est le terrain dystonique que nous trouvons le plus souvent chez l'émotif. Mais l'association si constante à l'émotivité pathologique d'un déséquilibre vago-sympathique ne doit pas permettre de confusion entre deux groupes de faits différents. Il y a des symptômes qui appartiennent en propre à cette dystonie nerveuse, nous les avons signalés, nous n'y revenons pas. Que cette dystonie prédispose à l'apparition de troubles psychiques, le fait est incontestable. Mais que cette dystonie existe seule, sans troubles du comportement et du caractère, c'est là un fait non moins certain. Les ébranlements incessants qui atteignent l'émotif modifient son équilibre nerveux et parfois finissent par le rompre ; mais si ces ébranlements atteignent un système déjà malade, l'on conçoit que ses effets n'en soient que plus redoutables. Autrement, dit, l'émotivité aggrave sans cesse les effets d'un déséquilibre préexistant et c'est par ce système, par ce mécanisme qu'elle aggrave les différents syndromes organiques.

P. JANET, dans les lois suivantes, a exprimé les règles qui, pour lui, déterminent cette localisation des effets viscéraux de l'émotion :

1^o Lorsqu'une certaine fonction de l'organisme était déjà, pour d'autres raisons, en exercice au moment de l'événement provocateur, elle semble acquérir par ce fait une vulnérabilité particulière et être la plus atteinte.

2^o La localisation dépend beaucoup de l'état antérieur de l'organisme ; les fonctions déjà débilitées par des troubles préexistants quelconques sont toujours les plus touchées.

3^o La nature même de l'événement détermine au début la mise en jeu de telle ou telle fonction, sur laquelle l'épuisement et les divers troubles peuvent se porter de préférence.

4^o Les lois de l'automatisme jouent ici un grand rôle. Si dans une première émotion grave le trouble a pris une forme déterminée, il est bien probable qu'il conservera cette forme dans les émotions postérieures quelles que soient leurs occasions.

Ainsi tous les tableaux cliniques sont imprégnés par l'émotivité et cette dernière, en nuancant certains états organiques, peut leur donner un tel cachet qu'elle nous induise en erreur sur leur réalité même. Le cas le plus typique est celui de l'ulcère de l'estomac.

a) Il n'est pas d'affection douloureuse plus nette que l'histoire de l'ulcus de la petite courbure. Mais on peut être en même temps un ulcéreux et un émotif : que se passe-t-il dans ce cas ? Soit que la douleur réelle de l'ulcéreux diffuse davantage chez un émotif,

soit que celui-ci nuance cette douleur organique pour la mélanger avec ses cénestopathies habituelles, le malade ne se plaint plus des mêmes symptômes ; leur horaire est beaucoup plus vague, le siège de la douleur moins précis et souvent on est tout surpris de trouver une niche à la radioscopie gastrique. L'action de l'émotivité est également très nette dans les crises hépatiques de la lithiasé biliaire ; nous retrouvons dans la littérature des cas nombreux où une émotion-choc déclencha des crises subintrantes de colique vésiculaire. Il faut noter aussi, à ce point de vue là, la possibilité de l'ictère émotif, admis par un grand nombre d'auteurs.

b) Émotion et dyspnée. Dans le tableau de l'émotion classique et dans la scène d'émotion telle qu'on la représente au théâtre, les troubles de la respiration ont leur part. La polypnée émotive est très connue ; elle est d'ailleurs parfois la seule manifestation d'une émotion-choc. Mais on peut aller plus loin encore et admettre une parenté entre la constitution émotive et l'asthme. Jadis, lorsqu'on ne connaissait de l'asthme que le caractère mystérieux de son brusque déclenchement, on le classait de façon simpliste dans les névroses. Peu à peu, on est arrivé à reconnaître l'origine lésionnelle de certains asthmes, la part des cicatrices tuberculeuses : nous le notons au passage car nous nous en servirons plus tard dans la deuxième partie de notre travail. Puis, on est arrivé à la connaissance du mécanisme anaphylactique et on a mis en vedette la part du sympathique dans le spasme bronchique et dans la crise sécrétoire. Ainsi on est

revenu vers une notion qui nous rapproche du terrain émotif et il n'est pas exagéré de prétendre que l'anaphylaxie n'explique pas tout et qu'une part doit être faite non seulement au terrain émotif en tant que terrain, mais encore au choc émotif comme cause déclenchante de certaines crises. Il suffirait pour s'en assurer de constater en pratique l'action heureuse, et malheureusement souvent passagère, de toutes les thérapeutiques, au cours de cette affection.

Émotion et affections génito-pelviennes.

Nous avons signalé au passage le retentissement des chocs émotifs sur la vie génitale de la femme (arrêt possible des règles normalement). D'autres misères de la vie conjugale, telles que le vaginisme, sont étroitement liées à l'émotivité constitutionnelle de certains sujets. Il ne s'agit parfois que d'une simple prédisposition hyperémotive discrète, et les chocs émotionnels que comportent les premiers rapports sexuels, s'ils sont maladroits ou intempestifs, vont précisément déclencher ce spasme douloureux qu'est le vaginisme, plus rebelle en pratique qu'on ne le dit communément.

Les affections génito-pelviennes des hyper-émotives et des anxieuses ne revêtent pas la même allure clinique que chez les femmes normalement équilibrées. Une épine irritative minime réussit souvent à les rendre à peu près infirmes. Nous avons vu plus haut quel retentissement les chocs émotifs et douloureux pouvaient exercer sur l'organisme par l'intermédiaire

du système neuro-végétatif. Il suffit de rappeler la richesse de l'innervation pelvienne et la part du sympathique dans la constitution de ce réseau (nerf utéro-ovarien, nerf hypogastrique) pour concevoir la répercussion sur la cénesthésie générale d'une affection douloureuse et persistante de la sphère pelvienne.

Il faut tenir compte aussi, comme le disait COCHE dans sa thèse, inspirée par le D^r BOURRAT, de toute la surcharge affective tenant à la notion même de sexualité et à l'instinct de génération, pour expliquer la localisation relativement fréquente d'algies dites névropathiques au niveau de la région génitale, qui traduisent à la fois l'émotivité morbide et le refoulement de certains sujets.

Nous n'avons garde d'aborder non plus les redoutables problèmes que posent les questions de frigidité chez la femme et d'impuissance chez l'homme. Mais il est bien certain qu'en dehors des troubles physiologiques, — c'est-à-dire endocriniens qui sont relativement rares — et aussi des manifestations assez exceptionnelles lorsqu'elles sont isolées des psychoses périodiques, on trouve toujours comme cause à ces déficiences un trouble fondamental et persistant de l'émotivité. Et l'on ne peut distraire l'étude de ces manifestations fonctionnelles de l'appareil génital du grand chapitre de la pathologie émotive.

Émotion et système cardio-vasculaire.

Dans la séméiologie de l'émotivité, le système cardio-vasculaire tient, à cause de ses rapports avec le sys-

tème vago-sympathique, la première place. Le cœur, chez certains individus, est le seul moyen d'expression de l'émotivité. Toutes les affections organiques cardiaques sont influencées par le choc émotif, et celui-ci est responsable, sans aucun doute, des crises d'angor vraie (GALLAVARDIN), et n'est-ce pas par cette action de perturbation cardiaque et vasculaire que s'explique la mort par choc émotionnel, dont M. Étienne MARTIN a rapporté un exemple dans le *Journal de Médecine de Lyon* et qui a fait l'objet d'un Rapport de DUVOIR et Charles RICHET au XI^e Congrès de Médecine légale ? Notre Maître, M. le Professeur LÉPINE, a décrit trois cas de rétrécissement mitral spasmodique chez des anxieux. Les signes se sont amendés alors que l'anxiété diminuait.

WEISS a montré l'association étroite qui existe entre les palpitations d'une part et l'angoisse. Enfin, s'il est une affection qui nous paraît bien traduire les troubles de l'émotivité, c'est la névrose tachycardique. Nous ne disons pas que toutes les névroses tachycardiques sont le fait d'une émotivité morbide ; mais nous pensons que cette dernière peut être évoquée dans un très grand nombre de cas publiés et nous croyons pouvoir tirer cette conclusion de la lecture de nombreux travaux parus sur cette question et en particulier ceux de MM. GALLAVARDIN et TOURNIAIRE exposés dans leur livre et dans la thèse de NOUGUIER. Les arguments qui nous font plaider en faveur de cette hypothèse sont les suivants :

a) Les circonstances d'apparition d'abord : c'est au cours de la dernière guerre que les névroses tachy-

cardiaques ont acquis droit de cité en pathologie cardiaque. C'est, en effet, depuis 1916 que paraissent de nombreuses études parmi lesquelles il faut citer, en Angleterre, James MACKENZIE, William OSLER et Th. LEWIS, et en France, ceux de GALLAVARDIN, MARTINET, MERKLEN, LAUBRY, LIAN, VAQUEZ, etc. Les seules publications antérieures analogues concernent les observations rapportées par TISNÉ, des combattants de la guerre de sécession. Il faut retenir ce fait : les troubles apparaissent lorsque les instincts profonds de l'individu sont en conflit permanent et constant avec les circonstances extérieures : et n'est-ce pas là la définition même de l'émotion ?

D'ailleurs, en temps normal, le nombre de cas observés baisse d'une façon si marquée qu'on la considère comme une affection rare. C'est probablement parce que l'adaptation se fait mieux et que les sujets consacrent librement leur activité à l'intensité de leurs troubles. Les symptômes traduisent surtout le déséquilibre vago-sympathique : instabilité du rythme cardiaque, de la température ; l'élévation tensionnelle est fréquente, modérée, presque uniquement systolique ; elle est proportionnelle à l'intensité des troubles fonctionnels : dyspnée et palpitations. Quant à l'étiologie, elle est dominée par la très grande prédominance des formes constitutionnelles sur les formes acquises. M. GALLAVARDIN écrivait, en 1918 : « Chez un grand nombre de malades, on ne trouve à la tachycardie aucune cause nette et les sujets peuvent même difficilement fixer le début de leurs malaises. Si l'on pousse un peu l'interrogatoire, ils finissent par dire

qu'il en a toujours été ainsi. Dès l'enfance ou l'adolescence la course et les jeux les essoufflaient rapidement et ils ne pouvaient rivaliser avec leurs camarades ; plus tard, ils furent obligés d'abandonner des métiers pénibles pour se réfugier derrière les guichets ou les comptoirs et adopter les besognes faciles réservées aux petits tempéraments. » VAQUEZ et DONZELOT, CLERC et AIMÉ, GALLAVARDIN et TOURNIAIRE, LIAN ; à l'étranger : SIMICI, POPESCO, SCAN DULESCO et MUSSIO-FOURNIER expriment la même opinion.

Quant aux formes véritablement acquises leur existence est incontestable mais elles sont relativement rares. « Nous avons l'impression, en effet, écrivent MM. GALLAVARDIN et TOURNIAIRE, qu'un grand nombre d'auteurs ont considéré comme acquises des formes déjà existantes mais latentes ou discrètes, puis aggravées, non engendrées par les causes diverses que nous avons énumérées. En somme, nous pensons qu'on ne peut parler de formes acquises, que chez des malades ayant vu s'installer une névrose tachycardique d'une façon rapide, sous l'influence d'une des causes que nous venons de signaler (infections, intoxications, émotions, surmenage, commotions) ou parfois même sans cause apparente mais qui, antérieurement, menaient une vie active ou une vie sportive intense sans avoir jamais ressenti aucun trouble. »

L'émotion est donc bien signalée à l'origine de certaines névroses tachycardiques. Mais il faut aller plus loin : la fréquence des formes constitutionnelles est certainement due à des tares individuelles, à des défaillances fonctionnelles, à une débilité congénitale

du système organo-végétatif. Mais n'est-ce pas là un caractère commun à toutes les névroses ?

Autre argument : les recherches pathogéniques (GALLAVARDIN et TOURNIAIRE) sur lesquelles nous aurons à revenir, permettent d'éliminer l'existence d'une dysthyroïdie ou d'altérations myocardiques à l'origine de l'affection qui nous occupe. « Aucun fait certain, écrivent-ils, basé soit sur des observations cliniques, soit sur des données expérimentales, ne nous autorise à refuser à l'intervention sympathique le rôle prédominant que nous avons toujours été tenté de lui attribuer dans les névroses tachycardiques. Aussi, pouvons-nous écrire à nouveau que tout se passe comme s'il s'agissait d'une excitation intense du sympathique cardiaque avec action non seulement cardio-accélératrice, mais vaso-constrictive et hypertensive s'accompagnant souvent d'une altération du cycle thermo-rythmique. »

Enfin, l'évolution de cette affection qui n'entraîne ni fibrillation auriculaire, ni maladie hypertensive, ni cardiopathie hypertrophique, qui n'aboutit jamais à la défaillance cardiaque, est encore le meilleur argument à opposer aux « organicistes » à ceux qui invoquent des altérations myocardiques ou une dysthyroïdie.

Évidemment, dans les observations publiées, on ne trouve pas d'étude psychologique ; le comportement et les réactions du malade ne sont pas analysés, mais les auteurs se sont surtout attachés aux troubles et aux causes organiques : le déséquilibre vago-sympathique est un fait constant et incontestable ; il est aussi (et cela se conçoit facilement), suffisant. Mais le plus

souvent, il est impossible étant donné les circonstances d'apparition : au moment d'une guerre, au moment de la vie militaire, de ne pas faire appel aux chocs émotionnels pour expliquer l'apparition des accidents tachycardiques. C'est pourquoi d'ailleurs il faut bien lui conserver le terme de névrose avec toutes les conséquences nosographiques et thérapeutiques que ce terme comporte. A l'origine de cette affection, nous dirons, pour nous résumer, qu'il y a : 1^o Un déséquilibre, une débilité constitutionnelle du système vago-sympathique ; 2^o un facteur dynamique émotionnel le plus souvent, qui aggrave ce déséquilibre et qui crée des troubles fonctionnels et organiques ; 3^o nous pensons aussi que pour expliquer les formes acquises on peut faire appel soit à une émotion-choc brutale détruisant à tout jamais un équilibre jusqu'alors suffisant — et nous en rapporterons une observation avec notre maître BOURRAT ; soit à une série d'émotions-chocs répétées, aussi dangereuses pour l'organisme que pour l'équilibre psychique.

OBSERVATION I

due à l'obligeance du D^r BOURRAT

M^{lle} D..., 38 ans.

Père encore vivant, cultivateur.

Mère morte en mars 1938 brusquement au cours de la nuit d'une crise cardiaque ayant évolué en quelques instants.

Pas de convulsions dans l'enfance, considérée comme nerveuse, c'est-à-dire d'une certaine émotivité.

Premières règles normales à 13 ans, non mariée. Aidait ses parents aux travaux des champs.

Les troubles actuels remontent exactement, affirme-t-elle, à la mort de sa mère qui se trouvait couchée dans le même lit et qui a expiré en quelques instants avant qu'elle ait eu le temps de lui porter secours. Elle a éprouvé une angoisse légitime qui a entraîné un affolement véritable, des battements cardiaques et cette accélération du rythme, des pulsations, ne s'est jamais calmée depuis lors.

Le phénomène a été déclenché instantanément et s'est maintenu depuis. Il comporte une accélération évidemment plus grande à l'effort et après les repas, mais le rythme varie de 112 à 140.

Il s'en est suivi une atteinte de l'état général, de l'amaigrissement de 4 à 5 kg. De même, le sommeil ne s'est jamais complètement rétabli, les cauchemars et réveils brusques sont très fréquents, les phases d'insomnie prolongées. A ces moments-là la malade perçoit elle-même ses secousses cardiaques et les battements carotidiens. Les époques sont restées régulières.

A l'examen, sujet plutôt longiligne au visage un peu émacié, au teint coloré, sans axophtalmie mais avec un éclat du regard indiscutable. Pas d'hypertrophie thyroïdienne, pas de noyau goitreux plongeant (radioscopie)

Tremblement menu des extrémités, pratiquement insignifiant.

Troubles vaso-moteurs, rougeur surtout, sans dermographisme.

Le cœur bat à 120, pointe dans le 4^e espace, ni frémissement, ni souffle.

Pas de déformation apparente à la radioscopie.

Réflexe oculo-cardiaque variable de — 12 à — 6 pour peu que l'on renouvelle l'épreuve.

Tension artérielle : 12,5 à 13 sur 7.

Réflexes tendineux très vifs aux membres inférieurs, tendance polycynétiques mais symétriques. Aucune modification des cutanés plantaires.

Pupilles normales réagissant bien aux deux modes.

L'affection n'a pas subi de rémissions, la malade s'en accommode, redoute surtout l'insomnie. Se trouve soulagée par la valériane et des doses suffisantes de *cratœgus*

Il ne lui a pas été possible de recourir jusqu'ici à l'hydrothérapie.

II. - L'ÉMOTIVITÉ EN PSYCHIATRIE

L'émotivité est l'élément dynamique de toutes les névroses et M. Achille DELMAS montre avec force et clarté comment la machine humaine sous pression « cherche l'apaisement soit par diffusion de sa force excessive dans les différents groupes musculaires de l'organisme (ce sont les cas que nous venons d'étudier), soit comment, par dérivation de surcharge motrice elle crée les tics et l'agitation anxieuse ou subanxieuse, soit comment, par explosion, elle crée une attaque de nerfs ou bien encore comment, après une longue lutte, le sujet succombe à la puissance impérieuse d'une impulsion ».

Il nous a paru intéressant d'étudier les rapports de l'émotivité avec les différentes névroses que l'on rencontre habituellement.

L'émotivité est à la base d'un syndrome fonctionnel pur, décrit par Pierre JANET : la psychasthénie. Celle-ci est définie par HESNARD comme un ensemble de signes cliniques consistant essentiellement en troubles permanents et constitutionnels du caractère favorisant l'éclosion, dans la conscience et l'individu, d'impressions pénibles relatives à l'exercice de la pensée en

général et plus particulièrement dans ses rapports avec la réalité extérieure et sociale. C'est en somme, comme l'avait si bien analysé déjà P. JANET, une sorte de perte de la fonction du réel due à une quantité insuffisante d'énergie psychique, à un degré moindre de tension psychologique. Entre la séméiologie des psychasthéniques et celle des émotifs, il n'y a donc nulle différence. Les uns et les autres voient apparaître dans leur conscience des impressions pénibles, déterminées par leurs rapports avec la réalité extérieure et sociale. Chez les uns et les autres, on note la tendance à la rêverie et au repliement sur soi-même commençant dès le jeune âge, la timidité, la honte de soi, l'aptitude au doute et au scrupule morbides ; bientôt de cette lutte perpétuelle entre le sujet et le milieu va naître ce sentiment d'incomplétude si bien analysé par Pierre JANET, qui va engendrer à son tour de l'incapacité d'agir et des sentiments d'impuissance, d'infériorité et à un stade plus avancé de dépersonnalisation. Alors le malade, « tout en continuant à penser, à répondre aux questions, sent les choses qui l'entourent devenir étranges, inconnues, nouvelles, irréelles ».

Mais il est à remarquer que les succès des travaux de Pierre JANET, ont fait étendre sa conception de la psychasthénie au dehors des limites qu'il en avait tracées. Un grand nombre de cliniciens désignent encore sous ce terme des malades égo-centriques, à préoccupations hypochondriaques, se plaignant de malaises divers sur lesquels ils spéculent à froid et qui ne sont pour eux qu'un moyen d'expression de leurs

troubles psychiques morbides. Ce sont, en réalité, des petits mentaux, des skizoïdes ; et chez eux, non seulement il existe un degré moindre de tension psychologique, mais encore une atteinte plus grande de certaines fonctions mentales et tout particulièrement de la fonction du réel. Leur trouble est plus intellectuel qu'affectif.

Émotivité et anxiété.

L'anxiété n'est, selon DEVAUX et LOGRE, « qu'une émotion caractérisée par un état de douleur morale et d'incertitude avec sensation fréquente de constriction physique. » En réalité, aujourd'hui, on désigne cette constriction physique sous le terme d'angoisse. La crise anxieuse n'est qu'une réplique de la crise émotive. « Un individu est pris soudainement, sans raison apparente, d'une impression extrêmement pénible, atroce, de malaise, d'indisposition grave, de menace effroyable à sa vie organique. Cette impression, souvent précédée d'une sorte d'aura tel que : constriction thoracique épigastrique, serrement de la gorge, fourmillement dans les extrémités, vide cérébral, etc., se développe très rapidement et devient telle que l'individu terrorisé appelle à l'aide ou fuit brusquement la compagnie ou le milieu dans lesquels il se trouve ou s'alite précipitamment. Il sent alors sa poitrine oppressée, son cœur battre tumultueusement, ses extrémités se glacer, la force de ses membres se dissoudre au point de ne plus pouvoir serrer de la main

un objet ; des ondes pénibles traverser son épigastre ou son abdomen (serrement au creux de l'estomac, vagues nausées, ébauche de coliques, envie d'uriner), des bouffées de chaleur lui monter à la tête, suivies de sueurs froides. Puis, peu à peu le calme renaît avec la disparition de ces sensations cruelles. *Et le malade, brisé, prostré, démoralisé surtout, reste désormais marqué par la névrose et dans la crainte d'un nouvel accès* (HESNARD). » La crise anxieuse n'est, en somme, que la répétition d'une crise émotive. Les signes physiques, le désarroi et les malaises psychiques sont identiques. La seule différence est que l'émotif lutte contre lui-même ; la réaction émotive est imposée à l'individu par les circonstances extérieures mais celui-ci a, malgré tout, le désir de s'adapter aux circonstances nouvelles que lui impose son mode de vie. Autrement dit, il essaiera de diminuer l'émotion-choc.

L'anxieux, au contraire, lutte contre la fatalité ; il est marqué par la névrose, dit HESNARD, et vit dans la crainte d'un nouvel accès. On essaye de le rassurer mais on y parvient rarement. Il semble même que tous les efforts psychothérapiques n'aboutissent qu'à aggraver le nombre et l'intensité des crises. En somme, l'anxieux se sensibilise à cette émotion-choc qui a son origine dans les exagérations sous forme d'états affectifs plus ou moins brusques et violents, de son inquiétude continuelle faite de doute, d'attente pénible et d'insécurité.

Quant à l'obsession, c'est bien un trouble aussi de l'émotivité, mais c'est un trouble qui s'est intellec-

tualisé en quelque sorte et qui révèle soit des perturbations de la cénesthésie, soit des tendances refoulées dont on peut parfois saisir l'origine par la psychanalyse.

Émotivité et hystérie.

Il est évidemment très difficile d'aborder ce sujet. Afin de clarifier la question, nous étudierons successivement les rapports de l'émotion avec la crise hystérique et ensuite avec la névrose elle-même.

Les rapports de l'émotion et de la crise hystérique.

Pour préciser ces rapports, il n'est besoin que de rappeler les différentes étapes de l'œuvre de BABINSKI. « J'admets très volontiers, disait BABINSKI, à la Réunion annuelle de la Société de Neurologie et de la Société de Psychiatrie en 1909, qu'une secousse morale en affaiblissant le sens critique puisse augmenter chez celui qui la subit la suggestibilité. » Et, à la même réunion, DUPRÉ déclarait : « L'émotion étant un élément de dislocation de la personnalité, favorise la suggestion. » C'est aussi la conclusion de l'article de BABINSKI et J. DAGNAN-BOUVERET en 1912.

Cette remarque faite, BABINSKI devait montrer combien profondément différentes de nature et de symptomatologie, sont les crises hystériques et les crises émotives. Il procéda à une enquête minutieuse conduite auprès des personnes qui, par leur profession, ont été placées dans des conjonctures où l'émotion semble immanquable et qui sont à même d'en observer

immédiatement les conséquences au moment même du choc initial. « J'ai procédé à une information auprès des garçons d'amphithéâtre des divers hôpitaux de Paris. Il est incontestable, en effet, que la reconnaissance des morts par leurs parents est de nature à déterminer chez ceux-ci une émotion profonde que le milieu où elle s'effectue doit accentuer encore.... Je mentionnerai spécialement l'enquête que j'ai faite à l'Hôpital des enfants malades. Pendant une période de dix-huit ans, où près de 20.000 décès y furent enregistrés, le garçon d'amphithéâtre a vu environ 10.000 femmes venir reconnaître le corps de leur enfant et assister à sa mise en bière. On peut certes affirmer qu'il a été témoin d'émotions sincères. Or, cet homme, d'après les renseignements très circonstanciés qu'il nous a fournis en réponse aux questions que nous lui avons posées, n'a pas vu se développer devant lui un seul trouble dont la nature hystérique fut avérée ; il se rappelle que cinq ou six fois seulement, dans sa longue carrière, des femmes tombèrent comme en syncope et restèrent quelques instants sans connaissance, mais jamais il n'a assisté à une crise convulsive ; il affirme n'avoir pas constaté un seul cas de paralysie ou de contracture. » De même au moment du tremblement de terre de Messine, NÉRI n'a constaté aucune crise hystérique, et il est bien certain pourtant que, dans de pareilles circonstances, l'émotion a dû atteindre son maximum d'intensité.

La neurologie de guerre devait encore préciser ces notions. MM. BABINSKI et FROMENT écrivent dans leur

livre sur l'Hystérie, en résumant les constatations faites de tous côtés pendant la guerre : « Entre le choc émotif et l'apparition des accidents pithiatiques, il y a une phase intercalaire, parfois assez longue, que CHARCOT dénommait phase de méditation, pendant laquelle l'auto-suggestion et l'hétéro-suggestion ont tout loisir d'intervenir. A l'appui de l'idée contraire d'après laquelle des accidents hystériques peuvent être déterminés uniquement par l'émotion, on ne saurait retenir que les faits où le trouble aurait succédé sans solution de continuité au choc moral. L'étude des accidents hystériques observés en neurologie de guerre n'a pas permis de relever *aucun cas de ce genre qui fût probant*. Quant à l'opinion de DEJERINE qui attribuait l'absence d'accidents névropathiques chez les soldats qui ont affronté la mort de près et vu tomber à côté d'eux leurs camarades, à la nature de l'émotion qui est pour ainsi dire prévue d'avance, elle nous paraît bien difficilement soutenable étant donné la portée de l'artillerie lourde, la puissance des obus de gros calibre qui viennent, on ne sait d'où, éclatent inopinément, parfois en plein cantonnement de repos et dont les effets sont comparables à ceux d'une explosion de grisou. Comment serait-il possible d'admettre que les émotions qui en résultent ne constituent pas des émotions-choc dans la plus forte acception du mot ? » L'émotion seule, on le voit, n'est pas capable de déterminer des accidents hystériques. Et qui plus est, les auteurs admettent et les faits de guerre confirment leur opinion, qu'une émotion profonde fait disparaître infailliblement les accidents hystériques.

« Lorsqu'une émotion sincère, profonde, secoue l'âme humaine, il n'y a plus de place pour l'hystérie. » (BABINSKI.) Donc, on peut affirmer que choc émotif et crise hystérique sont des manifestations différentes.

De l'émotivité et du substratum psychologique propice au développement de l'accident hystérique.

Dès que l'on veut parler, non pas de l'accident hystérique, mais de l'hystérie elle-même, une difficulté actuellement insurmontable se présente. L'hystérie n'est pas comprise de même par tous les auteurs : les uns, avec BABINSKI, la restreignent à l'accident pithiatique ; les autres, considérablement, l'étendent jusqu'à y envelopper des états physio-pathologiques avérés et des états mentaux. Il est certain que l'accident hystérique peut apparaître soit chez un sujet semi-normal du point de vue mental, soit dans un état mental avéré (BABINSKI, le premier, a insisté sur ce point). Comment donc, dans ces conditions, préciser les relations entre hystérie et émotivité ? Quels hystériques, ce faisant, aura-t-on en vue ? Ceux qu'observe le psychiatre, beaucoup plus tard et au point de vue mental, que ceux qu'observe le neurologue ; que l'on guérit de leur accident hystérique et qui font par la suite figure de normaux. Certes, entre les uns et les autres, il doit y avoir certains liens qu'il faut avant tout et surtout chercher dans le tempérament psychologique. N'est-ce pas d'ailleurs

le sens des efforts d'un grand nombre de psychiatres contemporains et en particulier de M. HENRY EY et de M. HESNARD ? Il nous paraît que ce problème gagnerait à être examiné sous l'angle des relations entre l'hystérie et l'émotivité. En effet, si l'on s'en tient à l'étude psychologique de malades ayant présenté des crises hystériques vraies, il semble que ces malades soient bien des émotives mais que leur émotivité est toute de surface. Par émotivité de surface, on peut entendre une émotivité qui s'étale, se complaît en elle-même, une émotivité qui s'entretient et dont on joue et qui fait appel non pas aux sentiments profonds et nobles de l'individu, mais à son imagination complaisamment et parfois savamment exaltée. Cette émotivité qu'une émotion-choc peut faire vibrer violemment doit être rendue responsable des accidents hystériques. Mais les autres éléments de la vie affective ont dissocié cette sensibilité au milieu extérieur. Ces malades sont le plus souvent des égo-centriques et ce caractère les oppose aux malades que nous avons étudiées comme étant des émotives et des anxieuses. C'est cette dissociation profonde entre ces éléments de la vie affective qui nous paraît être le caractère le plus saillant de la psychologie propice au développement des accidents hystériques. Aussi, de même que nous avons opposé crises émotives et crises hystériques, nous opposerons la profonde sincérité de nos émotifs qui ne leur permet pas de tricher avec les réactions que leur imprime le milieu extérieur à l'imagination mythoplastique, qui, pour l'hystérie, est une manière de mentir avec son corps. Le mensonge

est un des caractères essentiels qui oppose l'hystérie et l'hyper-émotivité. Il faut ajouter que les hystériques sont extrêmement susceptibles et se montrent froissés que l'on puisse douter un seul instant de leur parfaite sincérité ; et la manière dont ces malades l'affirment et se défendent, est pour le médecin un excellent élément de diagnostic entre la psychonévrose émotive et l'hystérie. Pour le psychologue, il est aussi un élément non moins important de différenciation. Aussi, avec M. HESNARD, l'hystérie nous apparaît comme une réaction émotionnelle d'expression tandis que les névroses anxieuses sont avant tout des réactions du système émotionnel d'impression. Cette manière de voir est conforme à la conception de BABINSKI : « l'hystérie ou pithiatisme est une affection mentale sans substratum organique défini. » Elle explique aussi l'analogie de localisation fonctionnelle entre les manifestations hystériques et certaines manifestations de causes neurologiques.

Émotivité et mélancolie.

La mélancolie, par contre, se rapproche de l'émotivité et de l'anxiété par l'atteinte du système affectif d'impression. Le sujet se croit coupable et *sans raison*, de fautes ou de crimes imaginaires, contre lui-même, contre sa famille, contre sa patrie. La souffrance morale qui résulte de cette idée délirante est telle que le malade refuse de se confier et de consulter. Il le refuse d'autant plus qu'il ne s'en sent pas digne ;

l'idée de sa culpabilité est telle qu'il ne désire même pas guérir. Il est amené le plus souvent au médecin par sa famille ; lui-même est réticent parce que coupable : il désire expier et l'idée de la mort s'ensuit naturellement, le suicide est l'expression logique de ce processus mental.

Cette idée délirante de culpabilité sur laquelle se concentre l'esprit du malade oppose mélancolie et psychasthénie. C'est un élément nouveau qui permet une différenciation relativement facile ; le désir d'en finir du mélancolique en est un autre non moins important. Et au point de vue clinique, il faut bien, avec Maurice de FLEURY et la plupart des psychiatres contemporains opposer ces formes très évoluées de mélancolie à la psychasthénie.

Mais il s'en faut que l'état mélancolique soit toujours aussi pur ; il est toute une série de formes atténuées dont l'étape ultime est la constitution mélancolique où cette idée d'indignité n'apparaît pas, et son caractère délirant est si estompé que, non seulement il peut passer inaperçu, mais encore il est discutable. Ainsi, celui-là est malade parce qu'il ne s'est pas soigné assez tôt ; parce qu'il n'a pas suivi les conseils qu'on lui a donnés, parce qu'il a eu tort de faire ceci ou cela et qu'il mérite d'être puni. On pourrait multiplier les exemples mais cela est inutile et il faut retenir qu'en face d'un épisode dépressif il faut être d'une extrême prudence avant de le cataloguer soit dans la série mélancolie, soit dans la série psychasthénie, tant les traits communs de ces deux états sont fréquents.

« Le mélancolique, écrit LÉVY-VALENSI, a l'ap-

préhension de l'acte, comme le psychasthénique ; mais le premier le croit impossible, le second doute de sa possibilité. Le mélancolique s'accuse de méfaits, le psychasthénique croit les avoir commis. Mais ces distinctions sont bien artificielles. »

Certains auteurs, et notamment LÉVY-VALENSI et Albert CRÉMIEUX ont même émis l'hypothèse que le psychasthénique était, en réalité, un petit mélancolique chronique, hyper-émotif, qui peut faire des paroxysmes mélancoliques, anxieux, obsédants.

Il nous paraît qu'un choc émotif peut transformer, chez le psychasthénique, la scène clinique et marquer le début d'un syndrome mélancolique grave par le contenu de l'idée délirante, par l'intensité des paroxysmes anxieux, par les tentatives de suicide auxquelles le sujet a recours, ou alors par son évolution absolument rebelle à toute psychothérapie comme à toute thérapeutique.

Ainsi, par ce mécanisme du choc perturbateur brutal, initial, s'explique cette remarque qu'il nous a été donné de faire bien souvent : Un syndrome mélancolique est d'autant plus grave qu'il se développe sous l'influence d'une cause logique, d'une cause qui, chez l'homme normal, eût produit des réactions organiques ou même un accès de dépression parfaitement justifié. Chez les prédisposés, la désintégration des fonctions affectives et psychologiques est telle, que souvent elle est définitive et qu'il s'y surajoute un élément délirant de culpabilité. On peut discuter aussi de savoir s'il est possible, chez le sujet normal, de voir se développer un état mélancolique grave

après un choc perturbateur particulièrement violent. Il semble toutefois que ces cas se voient surtout chez les petits émotifs, les petits anxieux, les petits psychasthéniques. Quelques exemples, choisis parmi bien d'autres que nous avons observés, qui concernent des malades hospitalisés à la Clinique neuro-psychiatrique du Professeur LÉPINE, nous permettront d'illustrer de faits précis et complets ce que nous avançons.

OBSERVATION II

M^{me} M... R., 31 ans.

Accès mélancolique avec idées de suicide, survenu chez une psychasthénique à la suite d'un choc émotif violent.

A. H. : père et mère en bonne santé mais très nerveux.

A. C. : une sœur morte de méningite. Deux frères en bonne santé. Une sœur également en bonne santé.

A noter deux belles-sœurs mortes de bacillose pulmonaire.

A. P. : Rien de pathologique dans son enfance. Réglée à 16 ans très régulièrement. Mariée, son mari est en excellente santé. A eu cinq enfants dont l'avant-dernier est mort il y a quatre mois, à l'âge de 7 ans, de méningite tuberculeuse.

Il s'agit d'une malade qui s'accuse d'être responsable de la mort de son jeune fils. Ce dernier, malheureuse coïncidence, a présenté un premier épisode fébrile avec épistaxis lors d'une chute et la méningite a débuté le soir même d'un jour où sa mère l'avait fortement corrigé et cela à juste titre.

Pendant un mois la malade supporta avec courage la douloureuse séparation, puis petit à petit vinrent des remords, elle s'accusa d'avoir mal soigné son enfant et surtout d'avoir déclenché cette méningite par la correction

qui avait été infligée au petit malade. Tout l'interrogatoire est coupé de questions dont la réponse devrait la rassurer, la disculper. Malgré toutes nos explications, elle ne peut sortir de cet état sur lequel elle se concentre si douloureusement. Elle en est même arrivée à vouloir mettre fin à ses jours, elle est dans un état d'abattement complet, elle a perdu l'appétit, le sommeil et a maigri de 14 kilos.

En résumé, il s'agit d'un accès mélancolique survenant chez une grosse nerveuse à la suite de la mort d'un de ses enfants. A noter un accouchement un mois avant le décès de son fils.

L'examen est entièrement négatif. T. A. = 11/8.

13-12-37. Réactions de BORDET-WASSERMANN, KAHN et MEINICKE négatives dans le sang.

2-1-37 (D^r MOREAU Denise). — Depuis son entrée l'état de la malade n'a subi aucune amélioration, bien au contraire. Malgré toutes les tentatives de psychothérapie, ses idées d'indignité augmentent. Elle menace à différentes reprises de se tuer. On décide l'internement.

Décembre 1938. La malade est internée à cette date et elle frappe le personnel infirmier par sa lucidité, la correction de son comportement, lorsqu'elle n'aborde pas l'objet de son délire. Elle est même capable de s'adonner à certains travaux de couture lorsque son angoisse n'est pas trop vive. Elle tient cependant à aborder la question de sa culpabilité, à discuter sa part de responsabilité dans le déclenchement de la méningite de son enfant. Son mari, au bout de trois mois, la fait transférer à la clinique du Docteur CHAUMIER à Caluire. On essaie un traitement au cardiazol; une série de six piqûres suivies de crises épileptiformes classiques paraît exercer un rôle aggravant, si bien que la malade doit être admise de nouveau à Vinatier, plus anxieuse qu'elle n'a jamais été. Elle ne demande même pas sa sortie, avoue qu'elle serait incapable de tenir son ménage, qu'elle ne pourrait résister à sa propension au suicide. En décembre 1938, elle est vue par le Docteur

BOURRAT ; orientée, bien lucide, elle lui expose d'emblée la cause de sa douleur morale.

Il semble que chez elle apparaisse une lueur d'espoir puisqu'elle dit : « Ah ! si j'étais sûre que les coups portés sur la tête de mon petit n'ont pas été cause de sa mort ! »

Elle demande qu'on s'occupe un peu d'elle chaque jour et que le médecin de la division veuille bien la réconforter. Elle déclare à son mari qu'elle est très satisfaite de cette visite et que le Docteur CONDEMINÉ insiste souvent auprès d'elle pour combattre son idée fixe.

L'état de la malade reste ainsi sensiblement stationnaire jusqu'en mars 1939. Son mari prend la décision de l'em-mener pour quelques jours à titre d'essai. Et à leur grande surprise à tous deux, les premières journées se passent bien au domicile familial, elle s'occupe de son ménage et de ses enfants ; dormant mieux, reprenant un peu d'appétit.

24-6-39. Nous sommes allé revoir la malade ; et à notre grande surprise nous l'avons trouvée en excellent état. Elle s'occupe normalement de son ménage et de ses enfants ; elle dort bien la nuit. Il faut noter aussi qu'elle est enceinte de cinq mois. Son mari signale cependant que depuis quelques jours elle est un peu plus nerveuse, se plaint d'angoisse précordiale, mais son activité n'a pas diminué. Son état général reste bon, cependant elle est un peu pâle et elle se refuse à prendre tout médicament. Elle parle très peu du long épisode mélancolique pour lequel nous l'avons traitée, elle semble toutefois redouter son prochain accouchement et les conséquences qu'il peut avoir sur sa santé morale et physique.

OBSERVATION III

M^{me} M..., 45 ans (1935).

Vient consulter le Docteur BOURRAT en novembre 1935 pour dépression nerveuse très profonde, amenée du reste par une amie.

A. H. : Mère très vivante, arthritique. Père mort à 72 ans urinaire ; a été considéré toute sa vie comme un hyperémotif ; n'a pas fait de syndrome mélancolique.

A. P. : Sans avoir présenté de maladie grave dans l'enfance, elle a été difficile à élever, nuits agitées. Premières règles normales à 14 ans. Mariée à 22 ans, mari tué à la guerre dès 1914. Il ne semble pas qu'elle l'ait profondément aimé et qu'elle ait vraiment souffert de cette séparation. Un fils qu'elle a beaucoup entouré est né de cette union. Depuis son veuvage elle s'occupait d'un commerce de dentelles qui a prospéré et partageait son affection entre sa mère rhumatisante, souvent impotente, lui causant beaucoup de soucis, et son fils unique qui a fait ses études secondaires et deux années de droit.

C'est une malade dont le sommeil a toujours été mauvais. En 1928 elle a présenté une ébauche d'accès dépressif : insomnie complète avec angoisse très vive le matin. Ces phénomènes ont duré trois mois environ sans nécessiter le séjour en clinique.

Son émotivité s'est aggravée ces dernières années du fait du développement d'une surdité progressive par otosclérose banale, qui ne l'empêche cependant pas de s'occuper de son magasin.

En octobre 1935, elle a 45 ans, elle apprend la mort de ce fils unique tué dans un accident d'auto. L'insomnie s'installe, la douleur morale la torture, rien ne peut l'apaiser. Elle est très anxieuse le matin, pleure une partie de la journée. Cependant elle s'alimente bien et continue à être réglée, sinon abondamment, du moins régulièrement.

L'examen somatique complet ne révèle rien d'organique en dehors de l'otosclérose.

Cette malade de taille moyenne paraît égarée, mais répond bien aux questions posées.

Elle n'énonce aucune idée délirante, aucune idée d'auto-accusation. Elle affirme seulement qu'elle ne peut plus vivre du fait de la mort de son fils, que rien ne l'intéresse,

ni ses affaires, ni même cette mère avec laquelle elle vit et qu'elle a toujours entourée de soins.

Placée à la clinique Saint-Vincent-de-Paul, on est frappé par sa tendance à l'isolement, son visage douloureux, ses larmes. On redoute le suicide et la religieuse la surveille de près.

Brusquement, au bout d'un mois et demi, sa famille la retire sans autre avis. Sa mère écrit en février 1936 au Docteur BOURRAT pour lui demander avis, parce que l'état de la malade reste stationnaire. Nouveau conseil d'isolement en maison de santé.

Au mois de mars 1936 on apprend que la malade s'est suicidé en arrosant ses vêtements d'essence et en y mettant le feu. Ce suicide atroce de mélancolique laisse supposer qu'elle se refusait à avouer les idées délirantes qui l'obsédaient.

En tout cas, le début de l'accès anxieux a été brusque, alors que rien en dehors de l'accident de son fils ne le laissait prévoir et six mois après la malade a mis fin à ses jours.

Émotivité et schizophrénie.

La mélancolie est déjà un degré de plus que les autres névroses dans la désintégration mentale. Elle fait un peu la transition entre ces névroses simples et les autres affections mentales. Prenons en exemple : la schizophrénie. Le schizophrène, selon BLEULER, est un sujet désintéressé du réel, qui ne s'adapte pas au milieu extérieur. Il n'est pas accordé avec l'ambiance et vit séparé du réel. Sa vie est toute intérieure, séparée du monde par un mur épais derrière lequel il est impossible à l'observateur de pénétrer autrement que par la psychanalyse. La schizophrénie est bien aussi,

comme l'émotivité, une inadaptation au milieu ambiant, mais cette inadaptation ne se traduit pas, comme chez l'émotif par un choc, par un heurt. Au contraire, le schizophrène s'y complait et n'en souffre nullement même lorsque chez lui les phénomènes hyperesthésiques dominent. En effet, entre la constitution hyperesthésique des allemands et la constitution hyperémotive de DUPRÉ, il ne semble pas qu'il y ait de points communs : il s'agit de phénomènes de nature différente entraînant des troubles également différents. (MINKOWSKI).

Parmi toutes les autres formes de psychose, il faut surtout signaler qu'au début la confusion est possible avec certains états émotifs ou psychasthéniques et la phase d'inquiétude de MAGNAN par laquelle commencent les psychoses hallucinatoires. Mais autant les rapports sont étroits entre les différentes névroses et l'émotivité, autant ils deviennent lointains dès qu'on aborde la psychiatrie proprement dite.

Émotivité et délire à idée prévalente ¹.

Il est certain que nombre de délires, même systématisés, comportent des phases d'exacerbation qui constituent de véritables états passionnels. Le plus courant et le plus facile à analyser paraît évidemment le délire de jalousie. Il existe chez le jaloux une véri-

¹ Nous ne faisons qu'effleurer ici ce rôle de l'émotivité pathologique dans les délires. Nous destinant surtout à soigner des névropathes, nous n'avons pas voulu aborder à fond ce délicat sujet qui, à lui seul, pourrait faire l'objet d'un travail.

table hyperesthésie ; le moindre fait, la moindre coïncidence constituant pour lui un indice et une preuve de la réalité de ses craintes. Ce sont autant de chocs affectifs qui ébranlent profondément son système nerveux et retentissent même sur son organisme entier. On le voit, ainsi que dans les états passionnels, perdre le sommeil, l'appétit, maigrir considérablement, se désintéresser aussi de sa profession et de sa situation matérielle. L'on retrouverait chez lui les mêmes stigmates neuro-végétatifs que chez le grand névropathe anxieux. Il paraît probable d'ailleurs que les améliorations constatées dans l'état mental de sujets atteints de psychose hallucinatoire, ou de troubles de la cénesthésie, ne sont en réalité qu'un apaisement des phénomènes émotifs ou anxieux qui s'y surajoutent.

DEUXIÈME PARTIE

LES RECRUTEMENTS ORGANIQUES DE LA CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE

INTRODUCTION

Nous venons de décrire tous les degrés qui vont de l'émotion banale chez le sujet normal, aux phases émotives de la vie et enfin à l'hyperémotivité constitutionnelle.

Si nous nous en tenons à ce cas extrême, c'est-à-dire au sujet qui est né émotif, ou qui plus ou moins précocement est devenu pour toujours un hyperémotif, un pathologique de l'émotion ; il devient intéressant à la fois pour le médecin et pour le psychiatre, d'étudier les modes de recrutement de cet état pathologique : Comment devient-on un hyperémotif ? Tel est le sujet de la seconde partie de notre étude.

Mais d'abord il nous faut nous limiter, et non sans regret.

Nous pourrions, en effet, chercher les causes extérieures et surtout les processus psychologiques de la formation de cette constitution. Nous pourrions chercher comment le milieu familial, l'hygiène de vie, le milieu social, peuvent, dans certains cas, par des traumatismes émotionnels en apparence discrets mais répétés, agissant par sommation, détruire un équilibre nerveux initialement normal et créer de toute pièce, *par le dehors*, la constitution émotive. Mais ce

serait faire œuvre un peu trop de psychologie ; il nous faudrait dépouiller pour cela non seulement une grande partie de la littérature contemporaine, mais aussi les ouvrages plus ou moins inspirés de FREUD et où les auteurs ont voulu retrouver dans les traumatismes affectifs de la première enfance, les causes de la pathologie mentale de l'adulte.

Nous pourrions aussi faire appel à ces conditions si spéciales de la vie moderne, où tout, depuis la guerre qui est encore pour les adultes actuels un passé, jusqu'à celle qui est pour la génération qui monte, la hantise de demain ; depuis notre civilisation faite de mouvements brutaux, de vitesses sans cesse croissantes, de bruits eux aussi progressant sans limite, de crises sociales et d'insécurité ; il serait facile de montrer que nulle génération n'a plus que la nôtre connu avec cette intensité, le « bouillon de culture » de l'émotivité.

On pourrait enfin rechercher la part des passions humaines pour provoquer par les répétitions des « émotions sentiments », la désorientation de ce fond organique où se propage « l'émotion-choc ».

Nous nous excusons d'écarter délibérément ces trois aspects, combien intéressants, du problème ; ce que nous voulons défendre ici, est plus médical, puisque nous nous limiterons aux côtés *organiques* de la question.

Nous ne pouvons partir dans cette étude du terrain organique sans quelques idées directrices : il nous faut donc nous excuser par une sorte de pétition de principes, d'admettre d'avance quelques-uns des points

que nous allons essayer de prouver : nous croyons, comme nous l'avons déjà publié à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon avec notre maître M. BARBIER, que l'on peut naître ou devenir hyperémotif au moins par trois modes de recrutement organique ; nous disons au moins trois, car nous ne pensons pas être allé au bout du problème. Mais les trois cadres schématiques que nous allons nous efforcer de tracer, en y classant un grand nombre d'observations cliniques, nous paraissent susceptibles d'être retenus pour l'instant. En effet, dans la pratique de tous les jours il semble que la plus grande partie des hyperémotifs rencontrés peuvent être rapportés à l'un ou à l'autre de ces trois recrutements : certains même, et l'on ne s'en étonnera pas, car la clinique déborde les cadres, voient évoquer derrière eux deux de ces recrutements, parfois même les trois.

Quels sont ces recrutements organiques de la constitution hyperémotive ?

Si l'on s'en tenait aux publications modernes, les glandes endocrines, dont la vie physiologique est si intimement mêlée au sympathique, et dont les phases d'activité sont, nous l'avons vu, des occasions de « phases émotives », devraient être ici le recruteur principal. Pour rester classique, nous leur garderons une place, mais, à notre avis, cette place, dans la constitution du terrain hyperémotif vrai et durable, ne sera *que la troisième*, car ces cas se discutent et sont moins fréquents qu'on ne le dit.

Comme cause *fréquente*, mais dont la fréquence ne vient aussi *qu'au second* plan, nous essaierons de

défendre le rôle *hyperémotif* des maladies graves, ou du moins profondes, de la première enfance ; on nous accordera d'emblée cette notion indiscutable, que dans des milieux où rien ne prépare le terrain émotif, telle maladie marquante de l'enfance ou de la puberté, peut créer presque artificiellement un *émotif* qui détonne dans son cadre et parmi ses proches ; le rôle de la tuberculose larvée ou discrète est ici le plus facile à mettre en évidence. C'est ce que nous avons essayé de montrer, à la fois par nos recherches et nos observations.

Mais nous croyons qu'il est possible de découvrir un recrutement plus précoce encore, plus fréquent en tout cas, vraiment constitutionnel, parce que *familial* et transmis, l'hyperémotivité en quelque sorte de naissance.

L'idée n'en est pas nouvelle : les familles d'émotifs sont bien connues. Et à ce propos nous avons précisé le rôle de cette hérédité et étudié les caractères morphologiques des malades présentant cette constitution.

CHAPITRE PREMIER

L'HYPERÉMOTIVITÉ CONSTITUTIONNELLE

Élément dynamique de la vie affective, l'émotivité pathologique est à la base de différents syndromes névropathiques. « Tous ces syndromes, écrit M. HESNARD, relèvent d'une étiologie foncière commune : on peut la résumer en disant qu'ils se développent de façon latente dans l'enfance, qu'ils éclatent à l'adolescence, subissent des recrudescences plus ou moins manifestes aux périodes climatériques (puberté) et qu'ils présentent au cours de la vie des retours offensifs sous l'influence de causes morales agissant derrière les causes ordinaires de la maladie (intoxication, infection, traumatisme, etc.) sur la vie affective de l'individu. »

Caractérisant un trouble de l'évolution instinctive, il n'est pas surprenant que cette hyperémotivité évolue et s'atténue avec les manifestations de la vie sexuelle.

Chez de tels malades nous attachons une très grande importance à l'étude de l'hérédité. Nous les interrogeons non seulement sur leurs antécédents

personnels et directs, mais encore sur leurs antécédents collatéraux. Nous héritons moins des qualités intellectuelles de nos ascendants que de nos qualités purement affectives ; nous notons aussi les tares purement biologiques, et en particulier nous recherchons la syphilis et spécialement la syphilis guérie (?) avant le mariage ; nous interrogeons la mère sur les maladies qu'elle a pu présenter au cours de la gestation, soit qu'il s'agisse de maladies générales, soit de surmenage ; enfin, la consanguinité nous paraît avec toutes les autres affections, gêner au plus haut point l'évolution de la vie instinctive.

L'alcoolisme a dans les antécédents des névropathes une place de choix ; dernièrement encore à la Société Médicale des Hôpitaux de Lyon, de nombreuses publications et d'intéressantes discussions devaient insister sur le rôle extrêmement important de ce facteur toxique. A la clinique neuro-psychiatrique, nous avons pris l'habitude chez nos malades de rechercher l'alcoolisme non seulement chez les parents, mais encore chez les grands-parents. Pour être complet, il faut signaler que l'ivresse au moment du coït a été souvent aussi mentionnée dans l'hérédité des névropathes.

Ce rôle de l'hérédité a une telle importance qu'on ne saurait assez y insister ; il a frappé tous les médecins, tous les psychiatres et M. HESNARD donne dans son livre quelques exemples que nous reproduisons à titre documentaire :

I. Ex. d'hérédité : Père et mère normaux ; sept enfants tous bien équilibrés, sauf le troisième (gar-

çon) ; or, la mère était surmenée pendant sa gestation et l'accouchement fut très pénible.

II. Père syphilitique (guéri avant le mariage : premier enfant arriéré intellectuel léger, petits stigmates dystrophiques ; deuxième enfant : bien constitué physiquement et intelligent, mais névropathe ; troisième enfant normal.

III. Mère névropathe, père normal, mais devenu alcoolique après le deuxième enfant ; premier enfant impressionnable (sans névrose) ; deuxième enfant, psychasthénique ; troisième enfant, grand névropathe frisant la schizophrénie.

Il faut rappeler aussi certaines circonstances concernant la parturition : accouchement laborieux, asphyxie incomplète du fœtus ; elles agissent en renforçant le premier processus affectif en date de la vie, « le cri de la naissance dans lequel beaucoup voient la conséquence des mouvements intérieurs d'ordre végétatif, obscurs et primitifs, premier rudiment de l'angoisse ». (HESNARD.)

On a évoqué aussi au cours de la vie, des phénomènes d'auto-intoxication, d'origine digestive ou hépatique ; en réalité, il est bien certain que ces phénomènes aggravent les prédispositions névropathiques mais elles ne les créent pas. On a parlé aussi des troubles de la réserve alcaline et le Ph a été étudié chez ces malades par LAIGNEL-LAVASTINE : les réactions du milieu seraient alcalines. Il s'agit là d'études très intéressantes, mais il est probable que ces troubles sont la conséquence et non la cause des syndromes névropathiques.

Il est probable que ces maladies héréditaires constitutionnelles ne se produisent pas uniquement par des troubles de l'évolution de la vie instinctive. Il est logique de rechercher dans les caractères morphologiques de ces malades les faits communs les plus sailants. Il est tout un ensemble de stigmates qui signent la dégénérescence mentale, ils sont si évidents qu'ils sont acceptés par tous. N'est-il pas permis d'admettre qu'à des troubles psychiques moindres correspondent des stigmates moins accusés ?

M. André Jacquelin classe la plupart de ces névropathes neuro-arthritiques ou fils de neuro-arthritiques, dans les types à prédominance lésionnelles ostéo-conjonctivo-élastopathiques. Nous lui empruntons la description de ces différentes lésions. Ce qui caractérise ce type, c'est qu'il se signale par un ensemble d'irrégularité, de dysharmonies apparentes intéressant le système osseux, la dentition, le tissu lymphoïde. Les déformations osseuses traduisent la persistance chez l'adulte d'un rachitisme de première et surtout de seconde enfance. On relèvera un front bombé, olympien, une atrophie de l'étage moyen de la face, du nez et du maxillaire supérieur, une déviation de la cloison nasale, etc. La dentition est le siège d'irrégularité plus ou moins marquée, protusion de l'arcade dentaire supérieure sur l'inférieure, irrégularité d'implantation des dents, chevauchement des canines, parfois volumineux tubercule de Carabelli dont la seule constatation ne permet pas, ainsi qu'on le croit trop souvent de suspecter, la syphilis. Le thorax, les membres sont également déformés à des degrés divers.

On note une déficience générale du tissu conjonctif : perte de l'élasticité avec vergetures abdominales, ptoses gastrique ou intestinale. Enfin, ces sujets ont dans leur jeunesse ou dans leur adolescence des manifestations lymphoïdes souvent très accusées ; il ne s'agit là que d'une description générale et la compréhension de ces états, comme le remarque JACQUELIN, la précision de leur étude ne peuvent que gagner à leur démembrement en un certain nombre de groupements secondaires, permettant d'homologuer ceux de ces syndromes dont les parentés sont les plus intimes.

M. Jean BARBIER insiste beaucoup sur la valeur de certaines malformations vertébrales qu'il a eu le mérite de découvrir cliniquement avant qu'elles ne le soient anatomiquement. Il y a plus de quinze ans, au congrès de Lyon pour l'avancement des Sciences, il signalait l'existence fréquente d'anomalies du développement au niveau des apophyses épineuses, des dernières vertèbres dorsales et de la première lombaire. Le plus souvent, la première des vertèbres atteintes présente une bifidité en V renversé, ou si l'on veut, en angle ouvert vers le bas. La vertèbre ou les vertèbres suivantes montrent des apophyses épineuses nettement bifides avec une gouttière médiane et deux saillies latérales. Enfin, la dernière vertèbre touchée présente au contraire une bifidité en V ou en angle ouvert vers le haut. Ainsi se trouve réalisée une sorte de fente en fuseau plus large en son centre qu'en ses extrémités. Nous parlons de fente pour montrer quelle impression donne le palper chez de tels sujets ;

mais il n'y a pas en réalité de *deshiscence* de l'arc vertébral, pas de spina vrai, mais de petites déformations vertébrales successives évoquant pourtant nettement la malformation congénitale, la dystrophie embryologique et l'on a l'impression d'un canal osseux qui ne s'est refermé en quelque sorte qu'à regret.

Pour être complet, il faut signaler dans certains cas et toujours dans la même région, des anomalies moins typiques, et parfois ces mêmes vertèbres dorso-lombaires semblent manquer d'apophyse comme si un coup de rabot ou de gouge les avait en quelque sorte décapitées. Cette anomalie est extrêmement facile à constater par la palpation qui est plus précieuse que la radiographie. Cette dernière, en effet, révèle seulement l'aspect cordiforme des apophyses, aspect analogue à l'image radiographique des apophyses des vertèbres cervicales.

Cette malformation est aussi extrêmement fréquente. M. HOVELACQUE admet dans son traité que dans cette région dorso-lombaire, les apophyses épineuses s'écartent dans 35 % des cas de la description classique. Un élève de M. BARBIER, M. Pierre MARION, a fait porter ses recherches sur plus de 1.011 recrues, originaires du Rhône, de la Lozère et de l'Allier ; 339, c'est-à-dire une proportion de 33 % avaient dans la région dorsale inférieure des apophyses anormales. Ce chiffre est tel qu'on peut y opposer la banalité de cette malformation qui enlève à sa constatation toute valeur spéciale. En réalité, si l'on s'en tient à l'anomalie sur plusieurs vertèbres successives, aux fuseaux

effilés que nous signalions tout à l'heure, et à laquelle seule, M. BARBIER attache une importance, la proportion devient bien différente. Les cas extrêmement nets où la bifidité porte sur plus de trois apophyses et parfois sur cinq ou six sont rares, et Marion en trouve 21 sur 1.011 sujets. Les cas nets, indiscutables pour un observateur averti restent encore, en y comprenant les précédents, de 180 pour 1.000; il s'agit de sujets présentant au moins deux apophyses nettement tendues, encadrées de tubérosités latérales nettes. M. BARBIER soutient que cette malformation s'accompagne très souvent de troubles sympathiques plus ou moins marqués et d'une nuance psychologique spéciale que l'on peut appeler la constitution émotive. Il se base avant tout sur des arguments embryologiques. Résumons-les. La région dorso-lombaire est un centre important de naissance des ébauches sympathiques, c'est à ce niveau que naît le sympathique thoracique qui va monter ensuite vers l'ébauche céphalique pour contribuer à former le sympathique cervical. On peut admettre dans certains cas une sorte de malfaçon embryologique portant à la fois sur ces ébauches sympathiques et sur les ébauches osseuses mal ou anormalement soudées. Ce n'est en somme que la reprise à ce niveau du point classiquement admis plus bas pour le sympathique pelvien et pour les spina-bifida lombo-sacrés. On sait que l'on n'admet plus que le spina-bifida soit toujours la cause directe et mécanique des troubles génito-urinaires ou trophiques constatés, mais que la déhiscence osseuse est considérée comme une marque,

un stigmate de la malformation vago-sympathique.

C'est à la suite d'une longue expérience clinique que M. BARBIER a fini par associer sur ces fiches médicales, la constatation de la bifidité des apophyses dorso-lombaires à celles de la constitution émotive. Et s'il admet que cette association dans les formes constitutionnelles n'est naturellement pas constante, si, en d'autres termes, il admet des émotifs constitutionnels sans apophyses bifides, par contre, bien peu de sujets qui présentent une nette bifidité apophysaire échappent, selon M. BARBIER, au syndrome de dystonie sympathique et à l'émotivité qui en est en quelque sorte la marque affective. Les statistiques qu'il a pu établir sont assez impressionnantes et montrent le caractère familial de ce syndrome : nous publierons les observations où tous les grands enfants et leurs parents ont une constitution émotive, nette, indiscutable et des apophyses malformées; les uns et les autres sont alors porteurs de la même anomalie vertébrale et du même tempérament.

Il est très difficile lorsqu'on étudie un caractère morphologique d'apporter des éléments décisifs. Très sceptique au début, nous avons été impressionné par nos constatations cliniques et par les observations familiales que nous rapportons dans ce travail. Il n'est pas permis d'évoquer toujours le hasard ou les coïncidences et si la statistique n'était, comme on l'a dit, qu'une forme habituelle du mensonge, il faudrait se priver en clinique d'un moyen d'appréciation vraiment bien répandu. Cette malformation a l'avantage

d'être une curiosité qu'il est très facile de rechercher. Et si, en définitive, l'on examine aussi objectivement que possible la valeur de ce signe, et pour donner une opinion personnelle, nous dirons que ce signe n'est ni nécessaire, ni suffisant pour affirmer qu'il s'agit d'une forme constitutionnelle d'émotivité ; qu'il nous semble cependant plus fréquent chez les névropathes que chez les sujets normaux et que chez un individu sa constatation a une valeur, en quelque sorte indicative, sur son tempérament, sur sa constitution psychologique.

Les statistiques de M. BARBIER qu'il publiera dans la thèse de TIGNEL ont un intérêt considérable, même si l'on n'admet pas la valeur de la bifidité apophysaire. (Cette bifidité apophysaire s'associait dans les observations de M. BARBIER aux différents signes de la constitution hyperémotive.) Ces statistiques montrent en effet la très grande prédominance de l'émotivité constitutionnelle sur les formes acquises, 92 % des cas : ainsi cliniciens de médecine générale et psychiatres aboutissent aux mêmes conclusions.

CHAPITRE II

L'ÉMOTIVITÉ SÉQUELLE DES INFECTIONS GÉNÉRALES GUÉRIES DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Une maladie grave ou profonde de l'enfance nous paraît devoir modifier d'une façon durable la vie émotionnelle. Il est probable, en effet, que dès l'origine elle frappe de dystrophie l'organisme, inhibant son développement harmonieux, compromettant l'équilibre neuro-végétatif et endocrinien. Et, il est probable aussi, qu'à la puberté et à l'adolescence, cette action perturbatrice s'étende à la sphère psychique, gênant à un moment décisif l'évolution de la vie instinctive. Ainsi ces malades qui, à l'origine, ont été des organiques, deviennent par arrêt du développement des tendances ou des instincts, des névrosés, au sens où l'entendait P. JANET.

Il faut donc rechercher avec le plus grand soin, dans les antécédents des névropathes, les épisodes pathologiques de la première enfance : il est probable que des affections graves du système nerveux (polio-

myélite, méningite cérébro-spinale, chorée) ou des affections générales et en particulier les maladies infectieuses (typhoïde et scarlatine) puissent être à l'origine de certains troubles de l'affectivité. Toute une page nouvelle de l'anatomie pathologique a été ouverte récemment par l'étude histologique fine du sympathique chez de tels malades. Et puisque les anatomo-pathologistes, et en particulier, à Lyon, M. DECHAUME, ont pu, à l'autopsie, décrire ces lésions, il est facile d'admettre que chez les survivants, les troubles fonctionnels durables ou définitifs puissent être des séquelles de lésions du sympathique, pendant la phase aiguë de la maladie.

Nous nous bornerons cependant à étudier les conséquences de l'atteinte tuberculeuse car, de toutes les maladies de l'enfance, elle est dans sa forme de primo et seconde infection la plus fréquente et, on peut le soutenir sans paradoxe, la plus curable ; mais elle laisse derrière elle des séquelles, des stigmates plus importants qu'on ne le pense d'ordinaire : nous allons essayer de montrer comment l'émotivité fait partie de ces séquelles lointaines.

INFECTION TUBERCULEUSE ET ÉMOTIVITÉ

Historique.

Les rapports de la tuberculose et des troubles psycho-névropathiques ont, à toute époque, frappé les observateurs. Il n'est besoin que de citer les tra-

vaux de DAREMBERG, BERNHEIM, ANGLADE et CHO-CREAU, CLAUDE, POROT, LOWENSTEIN, TARGOWLA, et à Lyon les publications de notre Maître le Professeur Jean LÉPINE et la thèse de BRUNERIE. Les dernières publications (BURNAND, Pierre MAS, de Montpellier, A. JACQUELIN, FOIX), mettent en évidence le rôle des formes frustes de l'atteinte tuberculeuse dans la genèse des troubles névropathiques. Ainsi se rapproche-t-on peu à peu de la conception que nous soutenions au début de ce chapitre, en quelque sorte par pétition favorable : et avec M. BURNAND, par exemple, nous différons plus par l'interprétation que par les faits eux-mêmes.

En faveur de cette conception du rôle des formes frustes ou éteintes de la tuberculose, nous croyons pouvoir relever dans les littératures certains faits signalés par différents auteurs :

a) En premier lieu, il convient de noter les associations morbides familiales : certains enfants présentant des troubles névropathiques ; d'autres, des manifestations tuberculeuses. Il est logique de penser que les uns et les autres ont été contaminés ; mais que les troubles psychiques ont été chez les premiers la seule manifestation d'une atteinte cliniquement discrète. Or, ces associations morbides sont signalées par un grand nombre de cliniciens : « Je connais une petite ville du département du Tarn, écrivait PORTAL, en 1814, dont les individus de quelques familles sont atteints successivement, de génération en génération, de manie-épilepsie ou de phtisie pulmonaire. » Vers 1840, SCHRÖDER von der KOLK, note que : « Dans une

même famille tous les enfants sont atteints de manie et de mélancolie, tandis que les autres, épargnés par ces maladies, succombent de phtisie. » Plus près de nous, GRASSET précise cette notion avec encore plus de force : « Dans une famille de phtisiques, vous verrez parmi les enfants d'un tuberculeux, l'un mourir d'une méningite tuberculeuse, le deuxième, devenir phtisique vulgaire, le troisième échappe à la diathèse (tuberculeuse). Ce dernier sera un névropathe, un hystérique, un hypochondriaque, voire même un aliéné ». MORSELLI exprime la même opinion. S'il ne nous est pas permis de retenir cet ensemble de faits comme une preuve décisive, il ne faut tout de même pas en sous-estimer l'importance.

b) Un excellent élément d'appréciation nous est fourni aussi par la fréquence de la tuberculose dans l'ascendance des psycho-neurasthéniques et, inversement, par la fréquence des troubles névropathiques chez les descendants des tuberculeux. On peut considérer évidemment que névrose et tuberculose trouvent sur un même terrain des conditions de développement favorables. Nous répondrons plus tard à cette objection. Et, sans nier les hérédotuberculosés par virus filtrant, n'est-il pas permis d'évoquer avant tout et surtout une contamination familiale fréquente de la première enfance ?

c) Enfin, comme l'écrit VINCHON, ce que l'on remarque surtout dans les antécédents des névropathes, ce sont les épisodes atténués de tuberculose : tuberculose des séreuses (surtout tuberculose pleurale et plus rarement tuberculose péritonéale laissant

parfois comme reliquat des péri-viscérîtes tuberculeuses) ; tuberculose osseuse, ganglionnaire, cutanée. Quant à la tuberculose pulmonaire, c'est toujours une forme guérie ou qui évoluera vers la guérison. Ce sont des épisodes de la tuberculose abortive de BARD.

Essai d'interprétation pathogénique.

Il faut chercher à expliquer comment une tuberculose larvée peut agir sur le système nerveux. On ne peut incriminer ni le B.K. lui-même, ni la résorption des produits de déchet au sein des lésions tuberculeuses qui sont trop minimes. Il est possible d'évoquer les troubles apportés au fonctionnement des organes glandulaires : c'est ainsi que l'insuffisance hépatique joue aux yeux de beaucoup d'auteurs un rôle des plus importants.

Mais puisque les troubles nerveux sont l'apanage des formes frustes de la tuberculose, il est logique de faire appel aux processus de défense de l'organisme contre l'infection tuberculeuse et aux différents facteurs qui créent l'immunité. Malheureusement, à l'heure actuelle, les modifications humorales et les perturbations des métabolismes accompagnant les réactions de l'organisme sont encore mal connues. Il est certain qu'il faut faire entrer en ligne de compte le métabolisme du calcium et du phosphore ; on sait à quel point la phosphaturie est fréquente à la fois chez les tuberculeux et les psychasthéniques. VINCHON note une cholestérinémie élevée entre 2 g. 50

et 3 g. 50 et le Professeur PAGÈS, de Montpellier, dans la thèse de son élève DEPOIRE, note des modifications identiques de l'oxalémie chez les névropathes et les tuberculeux. Ces recherches sont intéressantes par les résultats qu'elles apportent et l'orientation qu'elles indiquent et, en dernier ressort, l'on est tenté d'évoquer l'action sur le système nerveux des différents éléments constituant le bouleversement humoral qui crée l'immunité.

Les faits cliniques.

Quelque intéressantes que soient ces recherches, elles doivent céder le pas aux faits cliniques eux-mêmes. Mais nous aurons soin de nous limiter en éliminant tout ce qui nous éloigne par trop des observations que nous rapportons et de la thèse que nous soutenons.

a) C'est ainsi que nous écartons les états paracellulaires, parce que, en l'état actuel de cette question, il n'est pas possible de s'appuyer sur des bases suffisamment solides. Les auteurs qui ont tenté de rattacher une partie de la psychiatrie à l'imprégnation tuberculeuse sont allés jusqu'à soutenir que, même en l'absence de B.K., il était logique d'incriminer l'infection tuberculeuse. Sans doute, son extrême diffusion dans l'espèce humaine rend vraisemblable l'existence très répandue d'une pathologie atténuée due au virus bacillaire, et admissible une corrélation entre certains états pathologiques d'origine

incertaine et ces infections latentes. Mais il ne s'agit malheureusement que de probabilités et non de certitudes.

b) Nous ne retiendrons pas non plus les tubercules pulmonaires évolutives. Pour apprécier la psychologie de ces grands malades, il faut tenir compte, en effet, du choc émotif initial qui a suivi la révélation de leur lésion ; la vie au sanatorium, avec de longues heures inoccupées, favorise l'auto-analyse et le développement des tendances, des instincts, des sentiments jusqu'alors latents. Il y a, en outre, en cause, un élément organique important. C'est ainsi que l'on peut évoquer également la toxémie du B.K. et celle des produits de désintégration à l'intérieur des lésions bacillaires. Ces toxémies sont peut-être responsables de certains épisodes dépressifs.

c) Nous ne retiendrons que pour mémoire ce que M. BURNAND a décrit sous le nom d'état bacillaire chronique. « Il s'agit d'une maladie générale, chronique et relativement bénigne, d'origine tuberculeuse, dont la symptomatologie permet d'incriminer une infection bacillaire larvée, occulte, à la fois diffuse et discrète, plus intoxicante que génératrice de foyers lésionnels. Mais, et ceci est essentiel, il s'agit encore d'une maladie dynamique et subfébrile à évolution lente. » (BURNAND.) La vitesse de sédimentation est très modérément élevée (de 8 à 10 %), l'état général est médiocre, le malade est pâle et asthénique. Chez ces malades, il y a très fréquemment, pour ne pas dire toujours, des troubles de la série psychasthénique. Mais les troubles névropathiques sont secondaires

chez eux à une cause organique qu'il ne faut pas méconnaître.

d) En fait, nous ne verserons à notre dossier que les sujets qui ont présenté dans leur jeunesse un épisode tuberculeux certain, soit pulmonaire (petite hémoptysie) ; pleurésie séro-fibrineuse ; manifestations ostéo-articulaires ; ou chez lesquels l'examen radiologique permet de découvrir les stigmates certains d'une tuberculose ancienne et apparemment éteinte : calcifications hilaires ou parenchymateuses, synéchies pleurales ; cicatrices d'adénite. Chez tous ces sujets, la réaction à la tuberculine est le plus souvent très positive.

Mais, en l'état actuel de la phtisiologie, il n'est pas permis de considérer ces malades comme des tuberculeux. Nous croyons que ces sujets guéris restent électivement des émotifs : leur comportement, le déséquilibre glandulaire et organique qui en résulte, sont bien ceux que crée en effet la névrose émotive dans ses différentes manifestations cliniques.

En dehors des observations que nous allons apporter, nous faisons appel à l'autorité de BURNAND qui a décrit, sous le nom si évocateur de « patraquerie », un état morbide dont nous allons dessiner, d'après lui, les caractères essentiels.

Les sujets — il s'agit, dans la majorité des cas, de femmes — atteintes de patraquerie, se présentent chez le médecin en se plaignant de symptômes vagues mal localisés. Ce sont, avant tout, des asthéniques. Et l'on retrouve tout au long de leur existence cette fatigabilité anormale : enfant, la malade a été difficile

à élever, sans appétit, elle a souffert de bronchites, d'otites, de rhino-pharyngites. A l'époque de la puberté, elle a gardé mauvaise mine, souffrant de dysménorrhée. Elle se tient mal. « Tiens-toi droite », est la phrase dont on a harcelé sa chétive enfance. L'anamnèse découvre des épisodes pathologiques nombreux et plus ou moins sérieux : poussée prolongée de subfébrilité inexpliquée ; traces d'albumine dans les urines ; point thoracique expliqué par le vague diagnostic de pleurite sèche. De nombreux essais thérapeutiques ont jalonné les années de l'enfance et de l'adolescence sans apporter de changement appréciable.

La patiente est qualifiée de nerveuse par son entourage. En effet, elle est impressionnable, surtout déprimée, hypochondriaque. A la longue cependant, elle peut devenir égo-centrique. Elle se plaint de troubles digestifs divers ; on a posé les indications d'une appendicectomie ; on a parlé d'insuffisance hépatique. Les règles sont douloureuses, elle a des leucorrhées. La température est rigoureusement normale et la vitesse de sédimentation n'est pas élevée.

Et cependant, contrastant avec ce tableau fonctionnel extrêmement riche, l'examen clinique est généralement négatif. La mine n'est pas mauvaise et seule l'attitude découragée et l'aspect misérable de la patiente frappent l'observateur. Elle se présente, somme toute, comme une fonctionnelle.

Et cependant, un examen radiologique montre les stigmates de l'imprégnation tuberculeuse que nous avons déjà signalés. La cuti-réaction est le plus souvent très positive.

Si l'on suit ces malades pendant de longues années, on n'assiste jamais à des réveils de cette tuberculose ; à aucun moment elle n'évolue si peu que ce soit et c'est ce qui les distingue, par une simple nuance, de ce que M. BURNAND appelle l'état bacillaire chronique.

A notre avis, la vitesse de sédimentation apporte un argument de plus, car elle est non seulement normale, mais trop bonne. C'est chez de tels sujets qu'en face d'un récit de malaises qui s'étend sur des pages, on peut noter des chiffres horaires de 1 à 3 %. Et l'on pourrait terminer la belle description qu'en fait M. BURNAND en leur appliquant cette formule populaire : « Malgré leurs malaises multiples, *ils enterrent tout le monde autour d'eux.* »

A vrai dire, voulant rester dans notre sujet qui est essentiellement l'étude de l'émotivité, nous apporterons surtout des observations concernant des émotifs. Mais, pour qui sait la part de l'hyper-émotivité dans le recrutement des psychasthéniques, il ne fait pas de doute qu'il s'agit de mêmes malades. Aussi bien remarquerons-nous, dans nos observations, que plusieurs fois c'est à l'occasion d'un épisode asthénique vrai, ou même à l'occasion d'un trouble psychasthénique grave, que nous avons eu à les examiner.

Essai d'interprétation.

Reste à expliquer comment cette atteinte ancienne, remontant souvent à la première enfance, discrète puisqu'elle est passée parfois inaperçue cliniquement, et le plus souvent éteinte, peut être le point de

départ d'une constitution émotive définitive. Sur cette interprétation, nous n'adopterons pas complètement la thèse de M. BURNAND.

Il semble que celui-ci fasse de cette dernière catégorie de malades un simple dégradé de ce qu'il appelle l'état bacillaire chronique. Les tuberculeux chroniques sont des tuberculeux peu évolutifs; ses "patraques" ne le sont presque pas. Mais il admet pourtant que ce sont les foyers en apparence cicatrisés qui déversent encore dans l'organisme la toxine qui poursuit « l'infiltration de la maladie dans le domaine de la constitution ». Ceci est peut-être vrai pour le « patraque » qui est un demi-malade. Mais nos émotifs vrais, suivis pendant de très longues années par M. BARBIER, font preuve simplement d'une affectivité spéciale et troublée; ils nous semblent garder plus une empreinte définitive qu'une imprégnation continue.

Nous aurions tendance à admettre que la nuance émotive réclame une atteinte tuberculeuse précoce et qu'il y a dans cette précocité autre chose qu'une simple coïncidence.

C'est parce qu'il s'agit d'une phase importante de la vie instinctive que la maladie, même passagère, laisse des traces dans toute une vie. Il faudrait pouvoir dire quel est le substratum histologique d'un tel tempérament dans les centres sympathiques, méso-céphaliques ou au niveau des glandes à sécrétions internes, pour aller plus loin dans la discussion pathogénique.

Il faudrait aussi avoir un moyen réel de doser l'infection tuberculeuse, son évolutivité et son immuni-

sation pour savoir s'il y a une différence foncière entre le tuberculeux latent et le tuberculeux fixé. La sérologie tuberculeuse donne, à ce sujet, des renseignements trop alléatoires ; la déviation du complément est insuffisamment précise pour trancher la question. L'étude de la valeur de la vitesse de sédimentation semble donner raison à notre thèse d'une cicatrice fixée, puisque nos émotifs au passé tuberculeux ont tous des vitesses de sédimentation remarquablement bonnes. M. BARBIER a pu écrire à ce sujet, qu'en allant jusqu'au bout de son impression clinique, il considère la tuberculose comme recrutant l'émotivité, au moment où le tuberculeux cesse d'être le malade classique pour devenir un neuro-arthritique. En effet, l'émotivité se voit chez lui avec les manifestations d'hépatisme et d'arthritisme que tous les phtisiologues admettent comme l'annonce de la guérison clinique. Cette manière de voir s'accorde avec ce que nous avons dit du rôle essentiel de l'immunité dans la genèse des accidents névropathiques. On nous opposera, comme on l'a déjà fait aux phtisiologues qui, avec plus d'autorité que nous ont défendu des thèses analogues à la nôtre, que la liaison de cause à effet établie par nous chez nos sujets entre la tuberculose cicatrisée et l'émotivité est difficile à prouver. On nous dira que les ex-tuberculeux de ce type sont légion (mais les malades qui présentent les stigmates ganglionnaires et les antécédents que nous exigeons ne sont pas en si grand nombre), que les émotifs sont un autre lot important de l'humanité et que les coïncidences peuvent expliquer tous nos faits.

M. BURNAND répond cependant : « le bon sens répugne à admettre une coïncidence purement fortuite lorsqu'on découvre chez les mêmes sujets des traces de bacillose et un syndrome morbide dont aucune autre étiologie possible ne peut fournir l'explication ». Pour nous, ce qui nous frappe c'est la fréquence de ces constatations excluant l'idée d'une simple coïncidence. Ce sont aussi les cas où, dans une famille par ailleurs non émotive, un enfant touché isolément par l'infection tuberculeuse devient le seul émotif de la famille. Ces cas ont la même valeur en faveur du recrutement tuberculeux de certaine émotivité que les cas de familles d'émotifs en faveur du recrutement constitutionnel.

Aussi bien ne pensons-nous pas entraîner la conviction de tous nos lecteurs. Nous leur proposons notre théorie comme une hypothèse de travail que, seules leurs observations personnelles peuvent confirmer ou infirmer dans leur esprit.

Fréquence des signes psychiques dans les formes frustes d'imprégnation tuberculeuse.

Nous n'avions avec nos seules observations qu'une impression clinique et il était difficile d'établir un pourcentage avec une rigueur suffisante, des formes frustes de tuberculose se traduisant par une hyper-émotivité. Mais M. BURNAND a bien voulu nous communiquer un travail qui paraîtra l'an prochain et dont il nous a autorisé à faire état.

M. BURNAND a eu la bonne fortune récemment de

découvrir l'existence d'une famille qui résume en elle, pourrait-on dire, à la fois les formes banales de la phtisie et la plupart des désordres qu'il a décrits sous le nom de l'imprégnation tuberculeuse. Il a pu assez facilement reconstituer son histoire.

Cette famille remonte à un certain P., tuberculeux pulmonaire, mort en 1889, qui a engendré 20 enfants.

Sur ces 20 enfants, 7 sont morts en très bas âge, 13 ont été atteints de tuberculose et sont morts de tuberculose.

De ces 13 personnes sont issus des enfants et des petits-enfants. Si bien que les groupes familiaux sur lesquels vont porter la présente étude réunissent au total 88 personnes.

Or, sur ces 88 personnes, 13, c'est-à-dire 15 %, présentent des troubles psychiques variables catalogués neurasthénie, insociabilité, bizarrerie, etc... Ces 13 malades ne présentent pas de tuberculose évolutive, mais les signes d'imprégnation tuberculeuse, les ganglions calcifiés qu'on rencontre chez nos malades.

Et M. BURNAND d'ajouter: « Une pareille constatation, venant à l'appui des observations de nombreux psychiatres, montre de quelle façon il convient d'envisager les relations de la tuberculose avec les altérations du psychisme. Comme l'a bien montré CLAUDE, nous ne croyons pas que ce soient les tuberculeux authentiques, les lésionnels, les évolutifs, les cavitaires qui présentent, associés à leur affection pulmonaire, des accidents mentaux ou névropathiques caractéristiques. Nous pensons que c'est presque

exclusivement dans la catégorie des imprégnés qu'on les observe, ce qui permet de penser que le virus atténué et diffusé où ses toxines sont susceptibles d'affecter le système nerveux en même temps et de la même façon discrète que les autres appareils de l'organisme ».

Nous avons fait pratiquer une enquête auprès des enfants des écoles chez lesquels la cuti-réaction avait viré. Sur quatorze enfants, trois étaient devenus des hyperémotifs, mais nous ne retiendrons pas cet enquête, car un très grand nombre de facteurs psychologiques sont en cause. Ces enfants sont arrachés à leurs jeux, parfois à leurs occupations. Ils sont plus entourés. Toutes circonstances qui, nous l'avons vu, favorisent le développement de l'émotivité. Il faut surtout faire remarquer que c'est plus tard, lorsque l'imprégnation tuberculeuse guérit, qu'apparaît véritablement la névrose. Retenons tout de même que, dans un petit nombre de cas, il y a d'emblée des troubles du caractère qui peuvent, pour des raisons psychologiques, devenir définitifs.

CHAPITRE III

CONSTITUTION ÉMOTIVE ET GLANDES ENDOCRINES

LES RECRUTEMENTS GLANDULAIRES DE LA CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE

Il n'est pas de question qui n'ait été plus étudiée ces dernières années, que celle des rapports des glandes à sécrétion interne et de la vie émotionnelle et psychique en général. Il n'en est pas qui soit plus décevante ; et sur des points essentiels le désaccord subsiste entre les différents auteurs. Ce chapitre est trop important, les documents qui s'y rapportent trop nombreux pour que nous ne l'abordions pas dans un esprit de synthèse ; nous nous limiterons d'ailleurs au seul recrutement glandulaire de la constitution hyperémotive. Nous nous expliquerons plus clairement lorsque nous aurons tracé les grandes lignes des rapports qui unissent la vie émotionnelle aux sécrétions endocriniennes. On sait les étroites connexions qui, embryologiquement, anatomiquement, et phy-

siologiquement, unissent glandes à sécrétion interne et système vago-sympathique. Ce rapport est si étroit qu'ÉPPINGER distinguait des glandes à sécrétion vago-trope (pancréas, parathyroïde, glandes génitales) et sympathicotrope (surrénales, hypophyse, thyroïde). Quoique l'action de ces sécrétions internes soit plus complexe, il n'en est pas moins vrai qu'elles vont amplifier, diffuser et en quelque sorte sélectionner les excitations du système neurovégétatif. Aussi vont-elles avoir dans la vie affective une place essentielle. Subissant le choc émotif, elles répondront par des troubles de leur sécrétion et des métabolismes qu'elles règlent ; fonctionnant synergiquement avec le système de la vie émotionnelle, elles vont renforcer et prolonger les effets de ces perturbations initiales. Reliées entre elles par des connexions nerveuses et humorales compliquées, les perturbations organiques qui accompagnent le choc émotif, servent à son expression « au dehors » et créent les perturbations profondes de notre vie corporelle, dont la perception par la conscience constitue précisément notre cénesthésie ; or, c'est bien, comme l'écrit SEGOND, dans cette cénesthésie que la vie affective a sa source principale.

Que les glandes à sécrétion interne aient un rôle de premier plan, nous dirions même capital, dans l'expression et dans la qualité de l'émotion, le fait est certain. Et inversement, un choc émotif exagère les troubles causés par la déficience d'un organe glandulaire, ou même le révèle s'il est demeuré latent, et parfois le crée, le fait est non moins sûr. Mais, par

contre, il nous a semblé que les cas étaient beaucoup plus rares où un trouble glandulaire peut être rendu responsable d'une constitution hyperémotive stable. C'est un point sur lequel l'observation clinique ne laisse aucun doute : le méconnaître est s'exposer non seulement à ne pas apprécier la portée et le sens des travaux physiologiques contemporains, mais encore à des erreurs de thérapeutique qui peuvent être catastrophiques.

Dans ces questions d'émotivité et de névrose, le dernier mot doit rester au clinicien qui utilise les travaux du physiologiste à la compréhension des faits observés.

Il est inutile de souligner ce qui, dans la vie affective, est propre à l'homme. Il faut remarquer l'importance de la synergie qui unit entre elles les glandes à sécrétion interne et qui est un facteur essentiel de l'équilibre hormonal. Il faut se rappeler aussi — comme l'a montré CANNON — que l'émotion est un phénomène cortical d'abord et ce phénomène, en se diffusant à travers l'organisme, fera largement appel et utilisera au maximum les antagonismes glandulaires.

Nous allons donc aborder le problème des relations de la vie émotionnelle et des glandes à sécrétion interne, en distinguant pour chaque glande les phénomènes d'expression et les perturbations hormonales du métabolisme par lesquelles ces glandes réagissent. Nous ne ferons d'ailleurs que les citer, mais cela nous permettra de montrer avec plus de force le rôle de chaque glande dans le recrutement de l'hyperémo-

rivité. Nous terminerons en montrant comment, à certaines périodes de la vie, une perturbation totale du système glandulaire peut modifier l'émotivité.

Glandes génitales et émotivité.

Le fonctionnement hormonal des glandes génitales est aujourd'hui connu. Pour apprécier l'influence de ces glandes sur l'émotivité, il faut tenir compte des remarques suivantes :

a) Les sécrétions hormonales ovariennes et testiculaires sont sous la dépendance d'autres hormones, sécrétées par l'hypophyse surtout et aussi par le corps thyroïde et les surrénales ; le fonctionnement des glandes génitales est commandé en quelque sorte par les autres éléments du système endocrinien ; mais par contre un trouble même profond de ces glandes génitales n'entraîne que peu de modifications cliniquement appréciables sur les autres éléments du système endocrinien.

b) Les lésions traumatiques ou celles qui ont nécessité une intervention mutilante sur les organes génitaux, s'accompagnent d'un retentissement psychologique toujours profond. Il faut tenir compte, dans l'étude des réactions affectives du sujet, de ce facteur essentiel.

c) L'évolution, ou plus exactement l'involution, très différente des sécrétions ovariennes et testiculaires, permet d'apprécier le rôle des glandes que l'on peut appeler : glandes de commande. En effet, à la ménopause, l'insuffisance ovarienne est toujours ra-

pide ; elle traduit le processus de sclérose de la glande, bien étudié par KISCH et G. HUWER ; elle s'accompagne de réactions qui se font généralement dans un sens d'hyperfonctionnement et tout au plus de dysfonctionnement des glandes de commande. Par contre, l'insuffisance testiculaire se produit d'une manière beaucoup plus lente et beaucoup plus tardive : l'incrétion de cette glande peut se produire jusqu'à un âge très avancé (METSCHNIKOFF). C'est pourquoi chez l'homme la crise climatérique, beaucoup plus longue, ne s'accompagne pas d'un bouleversement humoral aussi important que chez la femme.

d) Le type constitutionnel de la femme est en grande partie déterminé par le fonctionnement glandulaire. M. MARAÑON représente schématiquement dans le tableau suivant, le rapport des constitutions féminines et des formules endocrinienne :

Constitution	Glandes	État fonctionnel
TYPE I. Infantile-hypoplastique	Ovaires Thyroïde Hypophyse Surrénales Thymus	 Hypofonction Hyperfonction
TYPE II. Féminine pure asthénique	Ovaires Hypophyse Surrénales Thyroïde.....	 Normal Hypofonction Hyperfonction
TYPE III. Inter-sexuelle-pycnique	Ovaires Thyroïde Hypophyse Surrénales	 Hypofonction Hyperfonction

Ce schéma comporte le pronostic sexuel de chaque femme en partant de sa constitution :

TYPE I.

Infantile : réglée tardivement, règles peu abondantes, fécondité diminuée, ménopause précoce avec une séméiologie fruste.

TYPE II.

Féminin pur : réglée normalement ou précocement, règles abondantes, grande fécondité, ménopause normale, âge critique normal ou tardif, avec réactions surtout hyperthyroïdiennes.

TYPE III.

Inter-sexuel : réglée tardivement, règles peu abondantes, fécondité diminuée, ménopause précoce avec symptômes hypothyroïdiens et hyper-surrénaliens (hypertension, diabète, virilisation intense).

Ce schéma, en tenant compte évidemment de ce qu'il a d'un peu excessif, nous permet d'apprécier par comparaison le rôle de chaque glande de commande dans les différentes phases de la vie génitale.

Aussi, la plupart des auteurs admettent-ils que les glandes génitales, à cause des restrictions et des remarques que nous venons de faire, traduisent surtout dans leur fonctionnement les perturbations de l'hypophyse, du corps thyroïde et des surrénales. La

castration chirurgicale de la femme jeune, plaide en faveur de cette hypothèse. En effet, les réactions émotives, comme d'ailleurs les autres réactions affectives, sont nettement moins marquées chez les femmes castrées dans leur jeunesse que chez les femmes dont la ménopause est spontanée. Mais si les conditions psychologiques dans ces cas-là ne sont pas les mêmes, les modifications des glandes de commande sont très différentes aussi et se font non plus vers l'hyper ou le dysfonctionnement, mais surtout vers l'hypofonctionnement.

C'est par le facteur psychologique, les perturbations du désir sexuel et de l'instinct de génération, qu'interviennent surtout dans la production de l'émotivité les glandes génitales. Mais il faut faire remarquer aussi que les troubles par castration sont plus marqués chez l'homme que chez la femme. Alors que chez l'homme l'instinct disparaît ou s'atténue considérablement après castration, chez la femme l'orgasme peut persister par érotisation du système nerveux et par un mécanisme purement imaginatif.

Émotivité et glandes surrénales.

Comme le sympathique, avec lequel elle s'apparente par des liens embryologiques et histologiques très étroits, la médullo-surrénale est avant tout la glande de l'expression émotionnelle.

CANNON a montré qu'une émotion s'accompagnait de décharge adrénalinémique. Inversement, une injection d'adrénaline s'accompagne des phénomènes com-

motionnels (pâleur, dilatation pupillaire, etc...) qui traduisent une émotion forte. Comme le fait remarquer M. MARAÑON, à ce moment-là un choc émotif, même léger, comme celui produit par une idée triste, agit avec plus d'intensité chez le sujet normal et il agit d'autant mieux que le sujet est un hyperthyroïdien.

Quant à la cortico-surrénale, elle intervient surtout à la ménopause pour créer ces symptômes viriloïdes caractéristiques de cette période.

Comme on le voit, les surrénales sont, avant tout, des glandes de l'expression émotionnelle, par elles-mêmes et par leur action sur le corps thyroïde, mais elles ne recrutent nullement en clinique des constitutions hyperémotives.

Émotivité et Pancréas.

SANTENOISE a montré que le pancréas joue un rôle fort important dans le maintien du tonus et de l'excitabilité du pneumogastrique ; il mettrait en circulation une hormone qui serait au pneumogastrique ce que les surrénales sont au sympathique. Ce qu'il y a de certain, c'est que l'insuline diminue l'excitabilité de l'orthosympathique ; elle agit ainsi sur les hyperthyroïdies légères. M. Jean LÉPINE et M. PARTURIER ont rapporté, le 2 février 1924, à la Société de Biologie, un cas d'action favorable de l'insuline sur les paroxysmes anxieux survenus chez une malade qui présentait un syndrome de Basedow fruste et une glycosurie de 7 %. Ainsi le pancréas agit surtout

comme régulateur du système vago-sympathique et aussi comme antagoniste de la thyroïde. Et c'est pourquoi l'insuline a une place si importante dans la thérapeutique des névropathes et des hyperthyroïdiens. C'est pourquoi aussi une émotion peut, chez les diabétiques, déterminer une augmentation de la glycémie. WOODYATT fait allusion à un cas de diabète où une inquiétude fort légitime se manifeste par une augmentation nette du taux du sucre dans l'urine et il fait remarquer combien il est intéressant, dans un cas comme celui-ci, de mesurer le pouvoir de l'émotion en « onces de sucre ». Mais il est bien certain que par lui-même, par ses seules lésions, le pancréas est incapable lui aussi de servir de base à une constitution hyper-émotive.

Émotion et Hypophyse.

La physiologie de l'hypophyse est en perpétuelle évolution, chaque jour apportant, sinon plus de précision, du moins plus d'éléments nouveaux à son rôle dans l'organisme et dans la régulation des différents métabolismes. Pour savoir dans quelle mesure l'hypophyse est susceptible de créer un fond émotif stable, il faut relever les faits suivants établis avec une assez grande précision et généralement admis :

a) En premier lieu, il convient de noter que les émotions se traduisent par une réaction très vive des noyaux diencephaliques. Le tuber-cinérum a les caractères anatomiques et physiologiques des noyaux végétatifs et, comme l'ont montré HOUSSAY et MOLI-

NELLI, l'excitation de ces noyaux infundibulaires provoque une hypersécrétion d'adrénaline légèrement plus faible d'ailleurs, que celle déterminée par la piqure des noyaux bulbaires. HOUSSAY et BIASOTTI et MAZZOCCO ont montré que des lésions tubériennes très graves entraînent souvent l'atrophie des capsules surrénales et une diminution notable de l'adrénaline. En somme, les noyaux gris diencephaliques sont les centres non seulement nerveux mais aussi glandulaires de la vie émotionnelle.

b) L'hypophyse et surtout son lobe postérieur, sont, comme les expériences de CAMUS et ROUSSY l'ont établi, en relation très étroite avec le tubercinéréum. MARINESCO, MARAÑON, PENDE, HOFF, WERNER, COLLIN et SALMON admettent que la sécrétion vaso-constrictive de la post-hypophyse entraîne l'inhibition fonctionnelle des noyaux tubériens. Confirmation de ces faits est donnée par les expériences de TRENDLENBURG, SATO, GESING et de CLÉAN : l'hypertrophie compensatrice du tuber se produit après destruction de la post-hypophyse. Ainsi une lésion de cette post-hypophyse devrait, en libérant le système de la vie émotionnelle de toute entrave, créer un terrain émotif. Or, les faits physiologiques sont plus compliqués que cela ; et les enseignements de la Clinique vont nous conduire à une autre conclusion.

A. *Les faits cliniques.* — L'hypophyse va réagir intensément à toutes les excitations émotionnelles et son insuffisance accusera l'automatisme des noyaux tubériens.

C'est ainsi qu'en particulier l'émotion forte, ou des émotions répétées, peuvent donner du diabète insipide ; en effet, l'excitation de ces noyaux adrénalinogènes provoque une hyper-adrénalinémie et cette adrénaline en solution faible a des propriétés vasodilatatrices et diurétiques dont les effets seront d'autant plus efficaces que la sécrétion anti-diurétique est diminuée. C'est ainsi que dans l'étiologie des diabètes traumatiques il faut certainement tenir compte des chocs émotifs. Il faut faire aussi remarquer que ce trouble se produira d'autant plus facilement qu'il y aura une lésion de la glande hypophysaire.

L'hypophyse peut, en libérant ses différentes hormones, provoquer des troubles organiques variés : c'est ainsi que par libération de son hormone ocytotique, elle serait responsable de certains avortements. On pourrait pousser plus loin l'étude des perturbations qu'apporte à l'organisme la libération des différentes hormones ; mais ce serait nous entraîner trop loin que d'analyser tous ces faits.

B. *Les constatations cliniques en ce qui concerne le terrain émotif proprement dit et le rôle de l'hypophyse.*

— Il est cependant un fait clinique incontestable : le syndrome d'insuffisance hypophysaire s'accompagne généralement d'apathie ; c'est que le fonctionnement de la post-hypophyse est beaucoup plus compliqué que nous ne l'avons laissé supposer. Elle fonctionne synergiquement avec la préhypophyse, et la glande intermédiaire (HOUSSAY, BIAZZOTTI et MAGDALENA). Et surtout elle préside au développement des autres glandes à sécrétion interne (glande génitale et thy-

roïde), elle intervient aussi constamment par ses hormones dans leur sécrétion physiologique. Et en fin de compte si l'hypophyse est avant tout une glande de commandement, il n'en reste pas moins vrai que dans la vie psychique et émotive son rôle est effacé par les glandes qui dépendent d'elle. Capable de vibrer intensément aux chocs émotifs extérieurs, d'en traduire les effets par des conséquences organiques parfois sévères, elle n'est pas capable elle-même — à cause de ses connexions — de recruter un terrain émotif stable.

Émotivité et Corps thyroïde.

Au cours de cette étude, nous avons laissé deviner le rôle de la thyroïde. Elle est la glande à sécrétion interne vers laquelle semblent converger toutes les perturbations d'origine émotive des autres glandes. Son rôle semble être de les emmagasiner en quelque sorte et d'en additionner les effets. Cette action est si considérable qu'elle n'échappe ni au clinicien, ni au biologiste. On peut l'apprécier de différentes manières :

a) Moyens d'exploration de la thyroïde.

C'est une glande facilement accessible et ses modifications cliniques sont facilement décelables. On l'apprécie, en effet, par le simple examen ; on la palpe très facilement et toutes les néo-formations dont elle est le siège sont facilement diagnosticables. Mais il est une série de tests qui permettent de mesurer son activité. Nous retiendrons surtout l'épreuve du métabolisme

basal. Une augmentation du métabolisme basal, si elle est importante, et persistante, traduit un hyperfonctionnement de la glande thyroïde. Mais il faut faire une restriction : M. GALLAVARDIN a en effet montré que des augmentations modérées du métabolisme basal pouvaient être le fait d'un déséquilibre vago-sympathique et plus exactement d'une hypersympathicotomie. Dès lors, comment apprécier ce qui est dû au corps thyroïde ou à ce simple trouble du système neuro-végétatif ? En général, le métabolisme est modifié, c'est-à-dire abaissé par un traitement iodé (on emploie généralement la solution de Lugol) poursuivi dans les conditions habituelles. Quant aux échanges respiratoires qui ne sont pas modifiés par cette épreuve thérapeutique il faut admettre qu'ils sont d'origine extra-thyroïdienne. On pourrait aussi étudier le fonctionnement du corps thyroïde par l'épreuve de l'hyper-glycémie adrénalinémique. Une injection d'adrénaline provoque, en effet, une hyper-glycémie qui, mesurée toutes les trente minutes, ne dépasse pas généralement chez le sujet normal, de 0 g. 20 à 0 g. 40. Il est évidemment possible, lorsqu'on a des doutes sur la nature exacte de ce déséquilibre, de comparer ces épreuves à l'adrénaline avec les résultats du métabolisme de base. Malheureusement chez nos malades les réactions provoquées par l'injection sous-cutanée de 1 milligr. d'adrénaline, sont trop pénibles pour que nous ayons pu utiliser cette méthode d'une manière continue. Force nous fut donc de nous en tenir uniquement à l'épreuve du métabolisme de base, quelquefois répé-

tée, et à l'épreuve thérapeutique, c'est-à-dire qu'en règle générale nous essayions le traitement iodé en suivant nos malades pour dépister les moindres signes d'intolérance ; et si ce métabolisme était amélioré par cette épreuve à l'iode, nous admettions qu'il y avait un élément thyroïdien en cause.

A. Les résultats cliniques. — La glande thyroïde intervient dans l'expression de l'émotion. Les hyperthyroïdiens vibrent intensément aux heurts du milieu extérieur, et nous verrons plus loin de quelle manière. Les hypo-thyroïdiens, au contraire, ont peu de manifestations extérieures de l'émotion. MARAÑON, lors de la révolte des Asturies, en 1935, et plus récemment lors de la dernière guerre d'Espagne, a fait cette constatation extrêmement intéressante chez les myxoedémateux. Une violente excitation extérieure ne parvient pas, chez eux, à déclencher les phénomènes organiques par lesquels s'exprime habituellement une émotion et souvent les malades extériorisent leurs troubles par du rire et du pleurer spasmodique comme chez les pseudo-bulbaires. Tout se passe comme si le choc émotionnel ne trouvant pas d'élément organique à utiliser pour diffuser à travers le corps humain, s'arrêtait aux noyaux gris centraux.

B. Les troubles émotifs chez les basedowiens et les hyperthyroïdiens. — L'hyperaffectivité de ces malades, par un phénomène d'auto-défense, se traduit dans leurs réactions par rapport au milieu extérieur : ce sont essentiellement des sujets irritables. Cette irritabilité est le témoin d'une anxiété extrême, elle-

même due à l'exaltation de leur affectivité. Et c'est encore à ce trouble qu'est due cette hyperactivité instable et fatigable, signalée par M. BARUK : besoin incessant de travailler, vite, sans arrêt, sans pouvoir se reposer ; certains même se relèvent la nuit tant leur inquiétude les tenaille. Cette hyperactivité est consciente : le malade se rend compte du trouble qui la commande, il se rend compte aussi de son inutilité ; il est opportun de souligner ce caractère propre aux névroses thyroïdiennes car il peut être parfois nécessaire pour différencier ce trouble, de l'agitation hypo-maniaque. Cette hyperesthésie s'accompagne d'un éréthisme analogue dans les fonctions neuro-végétatives, hyper-sudation, soif, diarrhée, éréthisme cardio-vasculaire et tous ces phénomènes donnent au vrai syndrome de Basedow un caractère concordant et harmonique.

En somme, si l'on résume en quelques mots les troubles de l'émotivité de Basedow, on peut dire que l'irritabilité domine ; que cette irritabilité n'est pas, comme on pourrait le penser, une diminution de la capacité du sujet à s'émouvoir, mais au contraire une exacerbation en des paroxysmes qui vont parfois jusqu'à l'anxiété. Cette inquiétude, cette anxiété conditionnent toutes les manifestations du malade. C'est pour lutter contre elle qu'il tend à s'isoler du milieu extérieur et réagit avec violence à ses sollicitations. Ceci est assez commun à toutes les maladies de Basedow ; et chez certains malades qui auparavant étaient des émotifs — au sens où on l'entend généralement — cette transformation est particulièrement

frappante et c'est ainsi que l'on peut dire que certains malades cessent d'être émotifs pour devenir irritables. Nous voyons, en réalité, à quoi correspond ce phénomène ; mais sa fréquence même nous a incité à l'examiner longuement.

Pour étudier les troubles psychiques de l'hyperthyroïdisme en général et de la maladie de Basedow en particulier, nous devons aussi signaler leur évolution parallèle avec les autres signes somatiques du Basedow. Ce sont des malades qui présentent, en général, une maladie de Basedow très évoluée, un métabolisme basal élevé, de l'exophtalmie, du tremblement très accentué, une diarrhée abondante, un amaigrissement très rapidement inquiétant et ce sont ces malades chez lesquels on est appelé à prendre une décision chirurgicale. Nous ne saurions trop insister sur ce fait, capital à notre avis, que les troubles psychiques du Basedow et de l'hyperthyroïdisme, sont toujours en quelque sorte proportionnels aux autres signes du Basedow et, en dernière analyse, ce sont ces signes associés qui commandent l'intervention. Inversement, nous dirons que l'amélioration des troubles psychiques ne se produit qu'en raison de la diminution des autres signes d'intoxication thyroïdienne. C'est la seule affection thyroïdienne où véritablement l'intervention donne une amélioration de leur comportement, même lorsque ces troubles sont très évolués et même lorsque parfois ils donnent l'impression d'être de véritables états confusionnels. C'est là un fait fondamental aussi bien pour le chirurgien que pour le médecin. Ne pas le con-

naître serait s'exposer en pratique à de graves mécomptes.

C. Dans une seconde catégorie de cas, les troubles névropathiques ou même psychopathiques peuvent coexister avec des hypertrophies en quelque sorte banales ou des goîtres divers. Mais, en général, le malade se présente avant tout comme un névropathe ou un psychopathe ; les troubles psychiques sont beaucoup plus nuancés que ceux du vrai Basedow ; ils sont souvent beaucoup plus anciens aussi que dans les cas précédents, plus intriqués avec la personnalité du sujet et beaucoup plus indépendants des poussées thyrotoxiqnes. Les troubles psychiques de ces malades ne sont pas uniquement dus à leur hyperesthésie affective. On retrouve toute la gamme des obsessions, des troubles de la cénesthésie, parfois même des idées délirantes qui révèlent par exemple une constitution paranoïaque ou consécutives à des hallucinations. Mais le trouble névropathique domine la scène clinique ; il y a peu de troubles somatiques ; il s'agit somme toute de la coïncidence d'un état mental et d'une dystrophie thyroïdienne, mais il n'y a pas de relation de causes à effets entre ces deux phénomènes : l'intervention est inutile ; disons plus, elle est dangereuse parce qu'elle peut fixer les craintes du malade et augmenter ses réactions névropathiques ou délirantes.

D. A l'opposé de ces hyperthyroïdies, nous avons signalé combien la réaction émotive était pauvre chez l'hypothyroïdien. Il y a tous les degrés entre l'insuffisant thyroïdien simple et le myxoedémateux :

mais chez tous existe cette anesthésie affective qui leur fait regarder l'ambiance — sinon avec hostilité, du moins avec indifférence, et il est bien certain que chez eux l'émotivité est en quelque sorte absente ou tout au moins réduite à sa plus simple expression, à son premier stade de perception cérébrale et qu'elle ne retentit nullement sur les autres fonctions de l'organisme.

E. Ainsi la glande thyroïde, que nous prévoyions être le plus directement en rapport avec l'émotivité, semble s'inscrire en faux contre les prévisions que nous avait permis de faire l'étude des autres glandes à sécrétion interne. Cependant, il est une affection du corps thyroïde qui nous semble réaliser au maximum ce recrutement de la constitution hyperémotive : c'est le syndrome dysthyroïdien de Léopold LÉVI, bien étudié au point de vue clinique et scientifique par M. de QUERVAIN, de Genève.

Il s'agit d'un syndrome qui est parfois héréditaire : les familles où l'hérédité thyroïdienne existe sont assez nombreuses et l'on note dans les mêmes familles des dystrophies variables : certains membres sont affectés de myxoedème, d'autres de maladie de Basedow, d'autres enfin de ce syndrome que nous allons étudier.

Il s'agit de malades, de femmes le plus souvent, qui présentent une glande thyroïde un peu hypertrophiée ; cette hypertrophie est globale, la palpation ne permet pas de sentir des noyaux durs ou un goitre encapsulé ancien. Cette hypertrophie est très précoce ; on l'a remarquée souvent dès l'enfance ; elle s'est exagérée

à la puberté et depuis elle s'est fixée, présentant une poussée au moment des phases de la vie génitale et, en particulier, au moment des règles. Lorsqu'on suit très minutieusement ces malades, et qu'il est possible de leur faire des métabolismes de base, les résultats que nous fournissent ces derniers sont éminemment variables : ils nous indiquent soit une hyperthyroïdie, soit une hypothyroïdie, mais généralement la déni-vellation du métabolisme reste modérée. Ces malades, en général, n'ont pas de troubles organiques, sauf au moment de leurs poussées thyrotoxiques où elles sont un peu irritables, présentent parfois un peu de diarrhée et un peu de tremblement. L'exophtalmie reste modérée, le retentissement organique de ces troubles est toujours minime ; souvent aussi, nous avons remarqué qu'elles étaient particulièrement sensibles aux injections de thyroxine ou d'adrénaline ; elles supportent très mal les médications habituelles du Basedow et en particulier l'iode, cette intolérance médicamenteuse est particulièrement nette pour la strychnine. L'administration de ce médicament à doses très faibles détermine une augmentation de leur émotivité habituelle, une exagération de leur exophtalmie et de l'intolérance gastrique et intestinale, allant même jusqu'à des vomissements et de la diarrhée.

Nous pensons qu'un grand nombre de Basedow décrits comme étant des formes nerveuses et psychiques de cette maladie, sont en réalité des syndromes de dysthyroïdie. Nous lisons dans un article de Mme et de M. J. ENSELME, dans la *Gazette Médicale de France* du 1^{er} mai 1936, une description des formes

nerveuses et psychiques du Basedow qui semble rentrer dans ces cas. Outre les réactions d'irritabilité, « cette forme est caractérisée, écrivent-ils, par une instabilité psychique à laquelle s'associe une instabilité du pouls contrastant avec un rythme de repos parfaitement normal. Le métabolisme de base, dans ces trente-neuf cas rapportés, était :

Normal, dans 42 % des cas.

Oscillant entre 0 et 10 dans 36 % des cas.

Oscillant entre 10 et 21 dans 22 % des cas.

Dans 78 % des cas, le corps thyroïde était nettement goitreux, soit pris en masse, soit augmenté sur un seul lobe.

Dans 10 % des cas on notait un kyste thyroïdien net, dans les autres le corps thyroïde était normal à la vue, mais perceptible à la palpation. Aucune distinction n'était possible entre ces différents malades si l'on se plaçait du point de vue clinique, et cependant les métabolismes de base variaient de 0 à + 20. Le plus souvent, le traitement par le Lugol, lorsqu'il a été institué, est resté sans effet. Quelquefois il a amené une amélioration plus ou moins durable. Mais les cas améliorés n'étaient cependant pas ceux dont le métabolisme de base était le plus élevé ».

Cette manière de concevoir les différents syndromes thyroïdiens dans leur rapport avec la vie psychique cadre bien avec les différentes publications de ces dernières années, consacrées à l'étude du métabolisme de base dans les différents états névropathiques. Elle concorde en particulier avec le rapport de MASSAUT au

XI^e Congrès belge de neuropsychiatrie qui étudie ce métabolisme sur soixante anxieux. Elle cadre aussi avec les conclusions de la thèse de M^{lle} Andrée SCHLUMBERGER, Paris, 1933, et dont les conclusions constatent précisément que chez les anxieux tout peut se voir et que l'augmentation du métabolisme basal est particulièrement élevée lorsqu'il existe des signes d'hyperthyroïdie associée. Dans certains autres cas d'anxiété sans hypothyroïdisme, le résultat du métabolisme basal est abaissé ; et dans ces conditions ces cas coïncident avec une vagotonie décelée par le réflexe oculo-cardiaque.

Si bien qu'en dernier ressort le métabolisme de base par lui-même est extrêmement variable dans les états névropathiques et ce qu'il traduit ce n'est pas la nature de ces états, ce n'est même pas le retentissement sur l'état général, mais c'est plutôt les réactions thyroïdiennes associées, et il indique le sens dans lequel se font ces réactions.

Si nous voulions résumer en de très grandes lignes cet aperçu complet et nécessaire sur le recrutement émotif par lésions thyroïdiennes, nous dirions :

1^o Le corps thyroïde est nécessaire à l'expression de l'émotion ;

2^o Les hyperthyroïdies s'accompagnent d'une hyperesthésie affective que le sujet traduit par une irritabilité extrême ;

3^o Ceux qu'en clinique nous appelons les émotifs sont surtout recrutés par le syndrome de dysthyroïdie chronique, parfois d'origine héréditaire et familiale ;

4° Les hypothyroïdiens sont des apathiques réagissant très peu aux excitations du milieu extérieur ;

5° Du point de vue pratique, les hypothyroïdiens peuvent être améliorés même dans leur vie émotionnelle par une opothérapie bien conduite, mais les seuls troubles de la vie affective qui soient justiciables d'une thérapeutique chirurgicale sont les cas d'hyperthyroïdie et en particulier la maladie de Basedow. L'action thérapeutique doit être commandée non par les signes psychiques, mais par les signes d'intoxication thyroïdienne associée. L'intensité de ces troubles psychiques est d'ailleurs généralement proportionnelle au degré de cette intoxication et ceux-ci s'atténueront au prorata des signes de thyrotoxicose. Dans tous les autres cas l'intervention chirurgicale est non seulement inutile, mais encore dangereuse, parce qu'elle fixe l'inquiétude et l'anxiété du sujet sur une lésion organique dont il exagérera toujours l'importance.

Ainsi nous croyons avoir dissocié la vie affective de ses éléments organiques. Nous voyons que les glandes à sécrétion interne interviennent surtout dans les phénomènes émotionnels, mais que seule la thyroïde est vraiment capable de créer une constitution émotive stable. Nous ne considérerons pas d'ailleurs les troubles psychiques du Basedow ou d'une hyperthyroïdie comme étant véritablement les témoins d'une constitution spéciale. Nous avons vu qu'ils s'inscrivaient dans l'orbite avec d'autres troubles organiques ; ils ont une évolution trop aiguë pour caractériser un état habituel de l'individu. Seul le

syndrome de dysthyroïdie chronique répond à cette définition de la constitution hyperémotive. Il faut le connaître pour pouvoir classer en clinique des faits que le plus souvent on interprète mal.

Cette manière de concevoir les rapports des glandes à sécrétions internes et de la vie affective est conforme « aux lois » de P. JANET, que nous avons déjà rappelées. Ainsi les théories du grand psychologue, trouvent-elles dans les données physiologiques les plus récentes, une confirmation décisive.

OBSERVATIONS

OBSERVATIONS

I. — OBSERVATIONS CONCERNANT LE RECRUTEMENT FAMILIAL DE LA CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE

Nous rapportons une série d'observations qui mettent bien en évidence le caractère familial, héréditaire de la constitution hyperémotive. Ces observations nous ont été communiquées par notre Maître M. le Docteur BARBIER ; elles ne constituent d'ailleurs qu'une partie, très restreinte des fiches qu'il a classées. Nous n'avons pas voulu les rapporter toutes pour ne pas retenir trop longtemps l'attention et parce que toutes présentent les mêmes particularités. Chez tous ces sujets il a relevé la présence d'anomalies vertébrales. Ces coexistences sont un argument que chacun pourra apprécier en faveur de la valeur séméiologique qu'il faut donner à ces malformations.

Groupe familial I.

Parents neuro-arthritiques, hépatiques, hypotendus.
L'examen vertébral n'a pas été fait.
Voici l'histoire clinique de leurs trois filles.

OBSERVATION I

M^{lle} L..., 28 ans.

Plusieurs grossesses successives. Vient au cours d'une grossesse pour de l'essoufflement qui nous fait penser à une maladie mitrale.

Poussée pleuro-pulmonaire (congestion pulmonaire et pleurésie dans la première enfance). Type du vagotonique asthénique. Hypotendue (9). Phosphaturique. Tons artériels nuls. Spina ++++. On ne retrouve pas la trace radioscopique du passé pulmonaire.

Revue à plusieurs reprises pour de petits épisodes émotifs ou asthéniques.

OBSERVATION II

M^{lle} M..., sœur de la précédente.

Vue une première fois à 17 ans, sur épisode d'asthénie à la veille d'un baccalauréat. Tension 10. Spina ++++. Revue à 20 ans pour un épisode d'asthénie plus sérieux, avec migraines, urticaire consécutive à une appendicite opérée à chaud et soignée par le sérum de cheval dans la convalescence. On retrouve l'hypotension, les troubles vasomoteurs et sudoraux, l'émotivité.

OBSERVATION III

M^{lle} P..., sœur des précédentes.

Vue à 17 ans pour des troubles du caractère et des troubles vasomoteurs. Spina ++++.

Groupe familial II.

Parents neuro-arthritiques.

OBSERVATION IV

M^{me} F... (de Paris), 64 ans (1934).

Vient pour palpitations et troubles nerveux. A en réalité un cœur rapide, mais variable, une tension instable (18-16-15 à des examens successifs). S'inquiète beaucoup de ses troubles cardiaques et est une phobique de l'hypertension. Réagit bien à la psychothérapie et a un traitement très simple. Spina +++ des plus nets.

Revenue à plusieurs reprises, chaque fois pour de petites inquiétudes psychasthéniques ou pour quelque trouble fugace du rythme cardiaque. Reconnaît qu'étant jeune, elle était très émotive et très nerveuse.

OBSERVATION V

M^{me} de M..., fille de la malade précédente.

Petite émotive se défendant bien. Mère de sept enfants. S'inquiète plus pour eux que pour elle. Présente au complet les signes d'émotivité et de vagotonie. Spina +++ et petite cicatrice calcifiée au pleuro-parenchyme pulmonaire droit.

OBSERVATION VI

Trois enfants de la malade précédente, examinés à 14, 13 et 16 ans : sont tous les trois de petits irritables nerveux à troubles vaso-moteurs. L'un est un petit asthmatique ; un autre est dit « lymphatique », il est en réalité « asthénique » ; un troisième présente une névrose tachycardique avec faux rythme mitral. Tous trois ont un spina +++.

Groupe familial III.

OBSERVATION VII

M^{me} P..., 61 ans.

Vient consulter pour savoir si elle peut sans danger subir une piqûre pour une extraction dentaire. Se manifeste d'emblée à la fois craintive, pusillanime et indolente ; d'allure créole, elle parle avec un peu de complaisance et de maniérisme. Elle mène d'ailleurs une vie d'indolence, se lève tard, sort peu, a peur de tout. Elle raconte en cours de route sa crainte de mourir d'angine de poitrine, ou de cancer. L'examen ne trouve comme signature de ce terrain émotif, qu'une belle bifidité large de trois apophyses épineuses successives, au lieu d'élection.

OBSERVATION VIII

M^{lle} G. P..., fille de la précédente.

Consulte un an après sa mère, épisode pathologique à 26 ans, opérée pour une hydroadénite. Il s'agit aussi d'une grande émotive, chez qui les troubles vaso-moteurs, les troubles sudoraux, l'hypotension, la phosphaturie, se joignent aux lassitudes du matin et aux épisodes de dépression. Les troubles sont pourtant un peu atténués par une vie plus sportive que celle de sa mère et par le fait qu'elle doit compenser un peu, dans la vie courante, l'indolence maternelle. Elle a, comme sa mère, trois apophyses épineuses largement fendues ; on ne trouve pas d'autre étiologie.

Groupe familial IV.

Les trois cas familiaux suivants sont caractéristiques, d'une émotivité masquée par l'éducation sportive et par l'activité professionnelle, mais réapparaissant à la moindre occasion.

OBSERVATION IX

M. R. B..., 25 ans.

Excellente santé, mène une vie sportive, mais a eu à deux reprises déjà des périodes de lassitude ou de dépression : l'une après un examen ; l'autre après la maladie de sa jeune femme. Dans ces deux épisodes, troubles dyspeptiques à horaire précoce, douleurs lombaires, matinées pénibles. Se montre à l'examen beaucoup plus émotif qu'il ne semble. Sauf en affaires, où il se montre très actif et se comporte très bien, reconnaît qu'il est très émotif et qu'il a « le trac » terriblement. Troubles vaso-moteurs des extrémités. Hypotension à 9 ½. Spina +++.

OBSERVATION X

M. B. B..., 28 ans, frère du précédent.

Opéré d'appendicite il y a six ans, présente depuis cette date de petits malaises digestifs, tantôt à type de douleurs précoces, tantôt à type migraineux. S'avoue très émotif, urines laiteuses par phosphaturie ; réaction alcaline. Sed. sanguin 5 %. Hypotension à 9. Présente deux apophyses largement bifides, et de plus une petite cicatrice calcifiée extrahilaire de la base gauche.

OBSERVATION XI

M. G. B..., 29 ans, frère des deux précédents.

Vient pour des malaises digestifs consécutifs à un ictère infectieux. Grand, d'aspect robuste, mais timide, rougissant facilement, présentant des troubles sudoraux des extrémités. Tension 11, sédimentation 2 %. Ne présente pas d'apophyses bifides, mais un véritable coup de rabot supprimant la saillie des apophyses de D11 à L11.

N. B. — Les parents n'ont pas été examinés.

II. — OBSERVATIONS CONCERNANT LE RECRUTEMENT TUBERCULEUX DE LA CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE

Nous rapportons les observations des sujets hyperémotifs dont les antécédents héréditaires ou collatéraux sont le plus souvent indemnes de toute tare névropathique. Cependant, dans deux de nos observations (obs. IV et VIII), on pourrait incriminer le grand âge des parents. Dans une autre de ces observations il faut signaler aussi que la mère de la malade était déjà une névrosée et la tuberculose a certainement agi comme cause aggravante (obs. V). Comme nous l'avons montré, le terrain tuberculeux et le terrain névropathique ont trop de points communs pour que les deux facteurs ne puissent être incriminés l'un et l'autre sans qu'il soit possible de faire la part de ce qui revient aux prédispositions familiales ou à la tuberculose proprement dite. La tendance actuelle des psychiatres est d'accuser surtout le terrain constitutionnel, l'infection tuberculeuse étant soit la conséquence de ce terrain, ou bien un facteur d'aggravation ou même de révélation des prédispositions

latentes. Il n'est pas dit que cette opinion soit la bonne et les travaux récents des phtisiologues n'admettent plus ce point de vue. Quoi qu'il en soit, la plupart de nos observations concernent des sujets dont l'hyperémotivité détonne pour ainsi dire dans leur milieu familial. Il faut insister à *nouveau* sur les mêmes troubles des métabolismes, du calcium et du phosphore ; c'est ainsi par exemple que l'on constate les mêmes troubles dentaires chez les névropathes et les tuberculeux.

Nous rapportons aussi les observations de « patraquerie nerveuse » de M. BURNAND (obs. I et II) afin de bien montrer que nous ne différons que par des nuances et par une interprétation doctrinaire. Nos malades concernent surtout des jeunes, des adolescents chez lesquels il est absolument impossible de trouver tout signé d'une évolution actuelle de la maladie.

Nous donnons aussi en terminant un exemple d'état bacillaire chronique (obs. XII), afin de mieux faire saisir la différence de séméiologie entre deux affections évoluant toutes deux avec des signes psychiques et relevant de tuberculose fruste. Et c'est entre ces deux groupes qu'il faut classer nos observations. Il est à remarquer que dans l'observation de M. BURNAND les signes psychiques sont apparus assez tardivement dans l'évolution de l'affection tuberculeuse, qu'ils se sont aggravés, et qu'ils ont fini par dominer la scène clinique : la malade est devenue une persécutée, et ses idées délirantes ont leur source dans les perturbations profondes de la cénesthésie.

OBSERVATION I

René BURNAND in *Revue de la tuberculose*,
5^e série, t. II, n^o 6, juin 1936.

M^{me} R..., 43 ans.

État valétudinaire chronique remontant à l'enfance : entérite prolongée qui s'installe vers la huitième année, et qui est suivie d'une dyspepsie gastro-intestinale invétérée, avec ptoses viscérales (panoptose), migraines, maigreur incoercible (45 kilos pour une taille de 1 m. 75) ; pâleur, nervosité, hypersthénie alternant avec des périodes de dépression. La malade, mariée à 20 ans, a eu cinq enfants ; les grossesses ont été bien supportées. Mais vers 40 ans, une ménopause anticipée a aggravé les troubles de l'état général, accentué la dépression morale et l'épuisement organique. Peau sèche, caries dentaires multiples, accentuation graduelle des troubles douloureux dus à la ptose hépatorenale et gastro-colique.

De nombreux séjours en clinique, avec mise en œuvre des moyens d'investigation les plus perfectionnés, n'ont jamais décelé de lésions organiques ni aucun trouble humoral notable, aucune altération manifeste du métabolisme digestif. On n'a pu que constater cette sorte de cachexie chronique, sans en déceler l'origine ni la pathogénie.

En revanche, si l'on s'attache aux détails de l'anamnèse et aux minuties de l'examen somatique, on met en évidence les faits suivants :

La famille est contaminée de tuberculose à la génération précédente : deux oncles paternels sont morts de phtisie, le père est asthmatique. La malade a fait à l'âge de 2 ans une pleurésie et un « début de méningite ».

L'examen radiologique du thorax montre une déformation avec ankylose de l'hémidiaphragme gauche, de nombreuses calcifications intraparenchymateuses et hilaires, et un amas lithiasique en plein parenchyme hépatique.

OBSERVATION II

René BURNAND, in *Revue de la tuberculose*,
5^e série, t. II, n^o 6, juin 1936.

M^{me} H..., 27 ans.

Se plaint depuis plusieurs mois de fatigue générale intense ; elle a la « tête vide », des céphalées, elle est incapable d'aucun effort. Les médecins parlent d'anémie.

Cet état s'est accentué depuis quelques mois, à la suite de fatigues exceptionnelles, mais il a en somme toujours existé. Comme jeune fille, M^{me} H. était maigre et débile. Au moment de son mariage, on la « croyait » poitrinaire, bien qu'elle n'eût jamais souffert d'accidents pulmonaires.

M^{me} H. est actuellement une jeune femme plutôt grasse (62 kilos), mais elle a le teint pâle, diaphane. Elle ne se plaint d'aucun autre symptôme que de faiblesse, d'inappétence.

L'examen somatique se montre négatif à tous égards. Mais, à l'écran, on aperçoit deux volumineux ganglions calcifiés occupant l'espace clair médian ; le plus gros a la dimension d'une amande. De plus, on découvre un nodule également calcifié tangent à l'hémidiaphragme droit. De toute évidence, ces ganglions ne sont actuellement le siège d'aucun processus actif, et représentent la séquelle d'une affection de l'enfance aujourd'hui éteinte.

L'anamnèse met d'ailleurs en évidence deux cas de tuberculose confirmée chez les proches. Une sœur est décédée de phthisie ; une autre présente un petit foyer du poumon droit en voie de guérison.

Diagnostic : patraquerie « nerveuse », si l'on veut, avec dépression mentale chez une jeune femme porteuse d'importants stigmates de tuberculose ganglionnaire remontant à de lointaines années.

OBSERVATION III

M^{lle} F...

Vue pour la première fois en 1930 et suivie depuis chaque année.

Passé pleural en 1926 en apparence bien guéri et sans autre séquelle radioscopique qu'une sommet gauche légèrement voilé et un sinus gauche comblé.

En 1930 elle pèse 47 kilos, et comme elle est très grande, cela représente une maigreur impressionnante. On recherche longuement les signes d'une poussée évolutive : on n'en trouve pas et on finit par rapporter les malaises variés qu'elle raconte à un épisode psychasthénique et à des troubles digestifs purement fonctionnels. Il n'y a pas de température. L'inoculation des crachats est négative (M^{me} CLAVEL).

Depuis plus de neuf ans cette malade a été revue douze fois pour des malaises variés ; c'est le type des « petites santés » ou du moins des « malades à malaise ». Il n'y a jamais eu de réveil bacillaire. La sédimentation sanguine est venue nous confirmer depuis qu'il n'y a plus rien d'évolutif : cette sédimentation n'a jamais dépassé 10 %. C'est bien le type de la « patraquerie » sur terrain bacillaire non évolutif.

OBSERVATION IV

M^{me} C...

A fait ses études de pharmacie sans les terminer. Mariée. 35 ans. Trois enfants bien portants. Elle vient pour des malaises variés et spécialement parce qu'elle est lasse le matin, qu'elle a perdu la mémoire et qu'elle a des troubles digestifs. Elle a eu jadis du rhume des foins et a subi plusieurs opérations nasales sans grand résultat. Sa mère est très nerveuse. Son père était âgé de plus de 50 ans lors de sa naissance, et elle a eu une vie familiale un peu renfermée qui a aggravé, dit-elle, son émotivité. Elle n'a pourtant jamais eu de crises nerveuses.

On ne trouve pas de malformation vertébrale, pas de signes de la série endocrinienne. On se demande un moment si le terrain nerveux est dû seulement à l'hérédité maternelle ou à l'âge du père. On fait un examen radioscopique et l'on découvre à *droite* une cicatrice calcifiée à la partie moyenne loin du hile. A gauche, trois cicatrices calcifiées très sombres, grosses comme trois shrapnels sous la clavicule. Et l'on fait raconter l'épisode pulmonaire qui remonte à la première année de vie d'étudiante, et a motivé six mois de montagne après une hémoptysie d'alarme.

OBSERVATION V

M^{lle} B..., 19 ans.

Malade, adressée par son médecin pour un examen général parce que, à l'occasion de ses fiançailles, elle a fait un épisode de doute sur sa santé, a voulu faire contrôler son état pulmonaire : on a fait une radiographie et la constatation d'une cicatrice calcifiée du volume d'un gros pois, à la base gauche, a fini d'inquiéter la famille et la malade. Le père est un anxieux qui a eu plusieurs épisodes psychasténiques. La mère, une nerveuse irritable avec petit goitre, rougeur préthyroïdienne et tachycardie.

La jeune malade est le type de la grande émotive, tantôt tremblant de la décision à prendre, tantôt pleurant déjà la rupture de ses fiançailles. En réalité, la radiographie est un beau cas de calcification banale du chancre d'inoculation, résultant d'un épisode passé inaperçu. L'état général est excellent. La sédimentation sanguine horaire est à 2 %. Il n'y a pas de malformation vertébrale. Il existe bien une légère hypertrophie du corps thyroïde, mais sans signes de dysthyroïdie. Depuis cette date la malade s'est mariée, elle a eu deux enfants. Elle reste émotive, mais se comporte assez bien et naturellement n'a pas eu d'incident pulmonaire nouveau.

OBSERVATION VI

M. G..., 25 ans.

Étudiant aux Beaux-Arts à Paris. Fait des études très décousues, car chaque année il les abandonne plusieurs mois pour de longs épisodes dits *d'entérite* et qui sont en réalité des épisodes de dépression psychasthéniques avec lassitude du matin, troubles de l'appétit, préoccupations de régime, crainte de la constipation, purgations répétées, et sous ces influences multiples, crises d'entérocolite. L'été, en vacances en milieu sportif, il mange de tout et mène la vie normale. Il a eu des périodes de scrupules : crainte des mains sales, etc...

L'examen montre au complet les signes de la série vago-tonique. Hypotension à 9. Phosphaturie. Troubles vasomoteurs importants. Aucun antécédent névropathique dans ses ascendants ni ses collatéraux. Il n'y a pas de signes endocriniens, sinon qu'on a affaire à un longiligne maigre, fils d'ailleurs d'un père et d'une mère grands et maigres tous deux. Mais, à la radioscopie, on tombe en arrêt sur une calcification en trèfle, à la base droite, en plein parenchyme. Et la mère finit par raconter qu'à l'âge de 10 ans, à la suite d'un long épisode fébrile pris au début pour une typhoïde, il y a eu des signes pleuro-pulmonaires à cette base, et l'enfant a été passé plusieurs mois à la montagne. La sédimentation sanguine horaire est à 5 % et confirme qu'il ne s'agit que d'une cicatrice ancienne et qu'il n'y a derrière l'asthénie et les troubles digestifs, aucun réveil pulmonaire ou intestinal de la bacillose.

OBSERVATION VII

M^{me} F..., 25 ans (1936).

Antécédents familiaux chargés. Père mort tuberculeux, une sœur a eu une pleurésie grave puis un mal de Pott.

Elle-même a toujours eu « petite santé ». Grande, maigre, lasse au moindre effort, très émotive, très timorée. Ses débuts conjugaux ont été difficiles, on a dû avoir recours à une dilatation chirurgicale. Elle vient consulter pour un ensemble de malaises asthéniques, et a au complet la séméiologie vagotonique : main froide et humide, œil anxieux, sudation axillaire. Hypotension à 10/7. Le corps thyroïde est légèrement augmenté de volume mais sans signes de dysfonctionnement. Par contre, à la radioscopie thoracique, il existe non seulement des ombres hilaires chargées avec cicatrices ganglionnaires calcifiées, mais encore une cicatrice calcifiée de chancre d'inoculation en plein parenchyme pulmonaire gauche. La contagion en milieu familial a passé inaperçue, et l'épisode de primo-infection, certainement très ancien, n'a pas été relevé. La malade a été depuis revue à plusieurs reprises : elle a consolidé peu à peu son état général, pris du poids, mais elle reste une émotive et a eu récemment un nouvel épisode psychasthénique.

OBSERVATION VIII

M^{me} B..., 42 ans.

Père suspect d'éthylisme. Réglée tardivement, 15 ans. Quatre enfants vivants, en a perdu un de 5 ans, de rougeole, et a fait alors un épisode de dépression grave et prolongé. Vient pour un nouvel épisode analogue consécutif à une maladie grave de son mari : elle l'a soigné avec dévouement, puis s'est effondrée. Vient avec un petit papier détaillé racontant des malaises variés : palpitations, angoisses, matinées pénibles, troubles digestifs. A eu de plus, à 16 ans, une hémoptysie, et la radioscopie montre une cicatrice calcifiée en plein parenchyme gauche et une cicatrice sous-claviculaire droite. Présente au grand complet les signes de l'émotivité et les troubles vaso-moteurs classiques.

OBSERVATION IX

M^{lle} C..., 24 ans.

Surintendante sociale. Vient pour toute une série de malaises émotifs rendant sa vie sociale pénible, et pour des épisodes psychasthéniques périodiques avec hypotension et phosphaturie. Elle a l'œil émotif, des troubles vasomoteurs des extrémités tellement typiques que l'on s'étonne de ne trouver aucun antécédent héréditaire, aucune tare familiale, aucun signe vertébral. Mais l'interrogatoire permet d'apprendre que sa mère est morte à 28 ans tuberculeuse, son père est mort à la guerre, un frère tuberculeux pulmonaire est actuellement au sanatorium. La malade se croit indemne au point de vue pulmonaire. En réalité elle a eu à 16 ans, au moment où son frère tombait malade un épisode « anémique ». Et elle présente en plein champ pulmonaire droit, loin du hile, *une cicatrice calcifiée qui simule le corps étranger métallique*. La sédimentation sanguine est à 4 % et confirme que l'épisode actuel ne dépend ni d'une poussée évolutive, ni d'une affection organique.

OBSERVATION X

M^{lle} N..., sténo-dactylo.

Soignée par nous à plusieurs reprises depuis 1935. 25 ans, grande, timide, asthénique, soignée longtemps à la puberté pour « chlorose ». En réalité, il s'est agi d'une atteinte tuberculeuse, sans hémoptysie, mais qui lui a laissé trois grosses cicatrices calcifiées du sommet droit, grosses comme de petits haricots. En 1935 elle nous voit pour une fistule anale extrasphinctérienne déjà opérée deux fois et qui a rechuté ; nouvelle opération pénible mais qui amène la guérison durable. Depuis quatre ans, bien guérie, sédimentation normale. Mais reste asthénique, hypotendue,

émotive, à refuser par émotivité tout projet de mariage. Troubles vaso-moteurs et début d'urticaire.

Pas de *spina*, pas de troubles endocriniens nets. La bacillose a créé une émotivité avec asthénie et placé cette jeune fille sur un tout autre plan que celui de sa famille, famille d'ouvriers ruraux solides et un peu frustes.

OBSERVATION XI

M^{me} D..., 31 ans.

Quatre enfants. Type de petite émotive avec mains violacées, pieds froids, œil typique. Vient pour de petites préoccupations génitales. C'est d'ailleurs une scrupuleuse avec, par périodes, des phases d'anxiété. Hypotendue (9). Phosphaturique, alcaliurique. Derrière ce syndrome émotif, *pas de spina* mais passé pulmonaire de l'adolescence avec belles cicatrices calcifiées des *deux bases*, adénite cervicale à 10 ans avec fistulisation prolongée et cicatrices calcifiées dans ses ganglions du cou, avec calcification palpable et visible à la radioscopie. En même temps *petit goitre diffus*, mais sans signes de Basedow ; le métabolisme n'a pu être fait.

OBSERVATION XII

État bacillaire chronique, R. BURNAND, in *Revue de la tuberculose*, 5^e série, t. V, n^o 4, août 1938.

M^{lle} D., née en 1899, lingère.

Antécédents familiaux : mère morte de carcinome à 39 ans. Trois frères bien portants. Une sœur morte de phtisie galopante. Un frère atteint de tuberculose.

Maladie actuelle : la maladie de M^{lle} D. commence vers 1914. Agée de 15 ans, M^{lle} D. est atteinte d'« anémie » ou plutôt de faiblesse générale. A 17 ans, elle est atteinte

de pleurésie sèche. Quelque temps après (1918), elle fait une poussée fébrile qualifiée de grippe dont elle ne se remet pas bien. Un médecin incrimine une lésion pulmonaire et l'envoie à Leysin, non pas pour qu'elle y soit traitée (ce qui permet de penser que sa « lésion » n'était pas ouverte), mais pour qu'elle y travaille. Elle entre comme lingère au sanatorium populaire et y reste deux ans et demi.

Une température fébrile s'installant graduellement, J. D. se fait admettre au Home des jeunes filles (novembre 1920). Le médecin de cet établissement (Dr SILLIG) note que sa température est subfébrile (37-2-38) et que son poumon droit présente quelques signes de « catarrhe diffus ». Il demande son admission au sanatorium populaire, où elle entre le 4 février 1921. C'est là que nous l'examinons personnellement pour la première fois.

Le status d'entrée est le suivant :

Jeune fille amaigrie (54,800). Teint gris ; taches de rousseur. Asthénie chronique remontant à l'enfance. Cœur normal ; pas d'hypotension artérielle. Appétit médiocre. Douleurs gastriques et abdominales presque quotidiennes. Pas d'anomalies à la palpation du ventre. Urine normale. Douleurs rachidiennes constantes sans signes objectifs. Légère métrite, sans anomalies à l'examen des annexes.

Appareil respiratoire : Obscurité et submatité des sommets ; quelques craquements fins et secs à la toux sous la clavicule droite. Toux chronique ; faible expectoration non bacillifère. Radiologiquement, on constate une légère diminution de transparence des champs pulmonaires sans foyer constitué.

La malade est gardée en observation et en traitement de février à juillet 1921. Pendant cette cure, la malade maigrit de 8 kilos environ ; sa température est constamment et irrégulièrement subfébrile avec des poussées prémenstruelles atteignant 37°6, 37°8.

Pas de parasites intestinaux. Pas d'autres bactéries que

des saprophytes en proportion normale dans les fèces.
Traces très légères d'albumine dans l'urine

Douleurs rachidiennes, douleurs musculaires, douleurs aux genoux. Un cliché du rachis (10 mars : Dr SCHMID de Leysin) ne décèle aucune altération des vertèbres.

Le diagnostic est incertain. On exclut l'idée d'une tuberculose évolutive banale des poumons, tout en retenant la probabilité d'une atteinte discrète à tendance fibrosante ou calcifiante sans localisation nette. On envisage un instant le diagnostic de maladie d'ADDISON fruste, bien qu'il n'existe pas de pigmentation cutanée assez nette ni d'hypotension artérielle.

La malade est transférée à l'Hôpital de Lausanne pour y faire traiter sa métrite, qui est d'ailleurs sans gravité. Elle y reste deux mois.

On l'envoie de là à l'infirmerie de Moudon où elle reste dix mois. Après un essai de travail malheureux, elle entre à l'infirmerie de Payerne, puis quatre mois à celle de Morges.

Des essais de tuberculinothérapie sont tentés et mal supportés ; les réactions générales sont violentes ; il se produit des nécroses au point d'injection.

M^{lle} D. remonte à Leysin pour travailler, mais son état général étant de plus en plus misérable (vingt kilos environ d'amaigrissement en quelque quatre années), sa température restant constamment subfébrile et dépassant même 38°5 et 39° par périodes, elle se présente au sanatorium populaire le 26 novembre 1924.

Son status est exactement le même qu'en 1921.

On l'envoie à l'Hôpital cantonal de Lausanne, où se déclare une pleurésie exsudative gauche. Ponction évacuatrice de 2 litres (exsudat séro-fibrineux : 42 ‰ d'albumine).

L'inoculation de l'exsudat au cobaye se montre négative.

M^{lle} D. reste neuf mois à l'Hôpital de Lausanne.

1926-1927 : essais de travail. L'asthénie reste pénible, la température subfébrile.

1927-1929 : trente et un mois à l'infirmierie de la Source, à Lausanne. État inchangé : misère physiologique, température subfébrile, toux, points pleurétiques.

1930 : s'installe à Leysin pour travailler. Elle y restera jusqu'en 1934, mais en 1931, fait quinze jours de fièvre à 39°. On craint une poussée évolutive grave, mais on ne trouve pas de nouveaux signes pulmonaires objectifs.

1932 : bronchite. Pleurésie gauche. Alitement de six semaines. La malade reprend son travail, bien que subfébrile.

1933-1934 : fréquentes interruptions de travail pour fatigue excessive, points pleurétiques.

Le 8 septembre 1934, la malade entre dans le service de médecine de l'Hôpital cantonal à Lausanne (Pr MICHAUD).

Un examen complet, une analyse rigoureuse du cas tels qu'on peut les pratiquer dans un grand service universitaire sont de nouveau mis en œuvre.

Nous avons en mains l'observation clinique prise alors et y relevons les données suivantes :

Les doléances de la malade, sont toujours : grande fatigue, points thoraciques. Douleurs abdominales constantes. Toux. Température subfébrile. Rachialgie.

Le status d'entrée porte mention d'éphélides et taches pigmentaires éparses.

Le système nerveux est normal.

Le genou gauche est légèrement tuméfié et il s'y développe un léger hydrops à la marche.

Légers œdèmes malléolaires.

Cœur normal. Pression artérielle 119/75.

Abdomen : douloureux à la palpation, sans anomalies objectives. Bac. 0 dans les selles.

Sédimentation globulaire : 8.

Réaction de WASSERMANN : négative.

Urée sanguine : 0,23 $\frac{0}{100}$.

Fond d'œil normal. Pharynx r.d.p.

Appareil respiratoire : comme à Leysin, toujours de légers craquements à la toux sous la clavicule droite. Les pleurésies n'ont laissé aucune séquelle stéthoscopique.

Radiographie : dans les deux sommets, quelques petites taches bien délimitées (calcifications). Hiles arborescents ; deux coupoles diaphragmatiques légèrement déformées. Calcifications éparses dans le parenchyme.

Le 15 septembre, transit digestif : pas d'anomalies, à part spasticité du gros intestin.

22 septembre, examen du sang : hémoglobine : 94 % ; globules rouges : 5.040.000 ; globules blancs : 6.000 ; poly : 55 % ; lympho : 32 % ; mono : 8 % ; écosino : 5 %. Température inchangée à 37°6, 38 avec exacerbation prémenstruelle.

Diagnostic de sortie après sept semaines d'observation : *ancienne tuberculose pulmonaire ; actuellement aucun signe de tuberculose active. Suspecte de péritonite bacillaire. Genou gauche suspect.*

La malade est transférée en chirurgie le 31 octobre 1934.

Dans le service de M. le Professeur DECKER, la malade est examinée à nouveau complètement, spécialement au point de vue de l'abdomen et du genou gauche. Nous notons ici les points nouveaux.

Abdomen : la palpation du ventre reste très douloureuse.

Un toucher recto-vaginal montre un utérus haut placé. Trompe droite un peu augmentée de volume, sensible.

Genou gauche : pas d'hydrops, léger épaissement capsulaire sur le condyle interne. Mouvements normaux. Aucune atrophie du membre. Les masses musculaires à gauche sont un peu plus flasques.

Léger empatement de chaque côté du tendon d'ACHILLE gauche, où la pression est légèrement douloureuse.

Pas de ganglions inguinaux pathologiques.

1^{er} novembre 1934 : prélèvement d'urine pour inoculation au cobaye. Le 27 décembre, le cobaye autopsié ne présente

aucune lésion. L'examen du sédiment n'avait d'ailleurs rien révélé de pathologique. Albumine 0, sucre 0.

9 novembre : Nouvel examen du sang. Globules rouges 4.930.000 ; globules blancs 9.000. Pas d'éosinophiles.

13 novembre : douleurs au niveau du rachis, électivement sur la 5^e lombaire. Radiographie : négative.

Diagnostic provisoire : tuberculose péritonéale ? — Tuberculose iléocœcale ? — Synovite tuberculeuse du genou gauche.

12 décembre : on commence un traitement tuberculinique. Réactions locales positives, faibles. La température est toujours subfébrile ; la fatigue générale est intense. On songe à une insuffisance surrénale. Mais aucun signe objectif ne permet de retenir cette hypothèse.

21 décembre, laparotomie exploratrice : incision médiane sus et sous-ombilicale. Pas de liquide dans le péritoine. On explore systématiquement l'estomac, le duodénum, les anses grêles, le cœcum et l'appendice, le côlon. On ne trouve rien d'anormal. Utérus et annexes : sains.

Suites opératoires normales.

25 janvier 1935, radiographie des genoux : De profil, le genou gauche est décalcifié, et présente au niveau des condyles une tache floue. Du côté droit, en plein condyle, une densification de forme arrondie.

La malade quitte l'hôpital sans qu'un diagnostic précis ait pu être porté. On incrimine le facteur névropathique, qui est d'ailleurs très marqué. La malade exagère souvent ses plaintes et se montre mécontente des soins reçus ; son attitude affecte même une sorte d'obsession de persécution.

Elle quitte l'hôpital, mais pour continuer presque sans interruption le circuit des établissements hospitaliers. Elle passe tout l'hiver 1936-1937 au Pavillon des tuberculeux de l'hôpital de Saint-Loup.

Les médecins de ce pavillon (D^{rs} URECH et ROCHAT) nous écrivent au départ de la malade. Nous citons cette

lettre qui complète utilement le tableau clinique par les détails qu'elle donne sur le psychisme de M^{lle} J. D.

...Elle a reçu un certain nombre d'injections de tuberculine à doses croissantes. Nous étions arrivés à la dose de 1/1000, 0,5 cc. Nous devions être prudents, la température atteignant le premier mois 37°4 buccale, et après trois mois de traitement 37°8 à 38. L'état général restait précaire. Le poids est tombé de 6 kilos en cinq mois. Nous n'avons pas décelé d'explication à ce tableau. Ce qui était au premier plan était l'attitude fermée vis-à-vis des malades et des Sœurs avec des idées de persécution ; cet isolement s'est accentué au cours du séjour. La faute était toujours aux autres.

Il semble que l'état psychique domine le tableau, mais je ne suis cependant pas tout à fait certain qu'un jour un état mieux caractérisé n'apparaîtra pas et n'emportera pas la malade. La température (qui a été contrôlée) et le déficit de l'état général sont deux éléments, le premier surtout, qui cadrent mal avec une psychopathie.

On ne saurait mieux dire.

Nous revoyons M^{lle} D. en février 1938.

Ce sont toujours les mêmes doléances. La malade est misérable, d'apparence flétrie. Température toujours autour de 37°8, 37°5. Poids 47 kg. 8.

L'aspect radiologique des poumons est toujours le même depuis dix-sept ans : groupe de calcifications au sommet du poumon gauche ; quelques nodules clairsemés en d'autres points des champs pulmonaires.

La malade tente de reprendre un petit travail pendant la bonne saison. Mais elle doit rentrer à l'hôpital de Lausanne, dans le service des tuberculeux, en hiver 1938-1939. Elle y est actuellement. Son état est inchangé, sauf qu'elle souffre d'un rein et de la vessie depuis une année.

On a repris la tuberculine.

De nouveaux clichés radiographiques du rachis sont pris, la malade continuant de souffrir du dos. Ils ne décèlent

rien de caractéristique. L'état radiologique des poumons ne s'est pas modifié. La température va de 37°3 à 38°.

La malade m'écrit : « Le médecin m'a dit que j'étais empoisonnée par la T.B.C. »

III. — OBSERVATIONS CONCERNANT LE RECRUTEMENT ENDOCRINIEN DE LA CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE

Comme nous l'avons soutenu plus haut, seul le corps thyroïde nous semble capable de créer une vraie constitution émotive.

Nous éliminons de nos observations les maladies de Basedow.

Les observations rapportées ici sont destinées à préciser les caractères cliniques de ce syndrome de dysthyroïdie. Ce syndrome est parfois familial (obs. VIII, et IX ; X et XI), ou bien il se voit aussi chez des malades dont les parents sont des déséquilibrés ou de petits névrosés. Quelquefois ces malades sont des hypersympathicotoniques et le diagnostic avec la maladie de Basedow est particulièrement difficile. Le métabolisme de base dans ces cas-là est le plus souvent légèrement augmenté, ce qui est d'ailleurs conforme au résultat des travaux de M. GALLAVARDIN, mais son évolution est beaucoup plus chronique, *les signes généraux d'intoxication thyroïdienne, beaucoup moins intenses ; et enfin l'état psychique du malade que nous avons analysé si longuement dans la*

première partie de notre travail, constitue, à notre avis, un élément d'appréciation décisif dont il ne faut pas sous-estimer l'importance.

Parfois aussi ces malades présentent les signes de vagotonie sur lesquels nous avons insisté, et nos observations en montrent toute l'importance (obs. II, III). Il faut signaler dans ces cas ce que l'on pourrait appeler l'épreuve thérapeutique : tandis que le Basedow ou l'hyperthyroïdie réagit bien à l'iode, ces malades ne le supportent pas (obs. I, VI, X). On voit les signes psychiques s'aggraver, l'anxiété augmenter, l'état général s'altérer ; on note de même une intolérance très grande à la strychnine, même prise en petite quantité. Dans l'une de nos observations (obs. IV), cet état d'hyperémotivité s'associait à un diabète léger ; nous avons pensé au début que cette glycosurie était due à un hyperfonctionnement du corps thyroïde ; en réalité le métabolisme de base était diminué. Il est probable que dans ce cas-là il y avait un syndrome polyglandulaire et les troubles résultaient surtout de l'aggravation, de l'antagonisme entre pancréas et thyroïde. Enfin, dans l'une de nos observations (obs. VII), le malade, malgré nos conseils s'est fait opérer ; les signes psychiques ne se sont pas améliorés, au contraire, ils se sont très aggravés ; de petit émotif, le malade est devenu un anxieux qui a dû interrompre sa vie sociale et qui est maintenant définitivement installé dans sa névrose ; l'intervention a été nuisible dans l'observation V, bien que le diagnostic de Basedow eût été posé. Nous en discuterons.

Ces observations montrent bien toute l'importance qu'il faut attacher à l'étude de ces différents syndromes thyroïdiens; il ne faut prendre de décision que lorsque l'on est parfaitement éclairé sur leur nature. Nous pensons que le métabolisme de base est dans tous ces cas un élément essentiel, que c'est son élévation qui commande la conduite à tenir, mais ce métabolisme n'est pas, comme on a trop tendance à le dire et à le croire, le seul moyen d'examen de dysthyroïdie et l'examen des troubles du caractère de ces malades joint aux petits signes de dystonie vago-sympathique, surtout lorsqu'ils jouent en faveur de la prédominance du système vague, ont une importance qu'il ne faut pas sous-estimer. Enfin dans cette classe nous avons rapporté des observations où l'on trouve à la fois un élément héréditaire, une imprégnation tuberculeuse discrète, un syndrome glandulaire plus ou moins marqué (obs. VIII, IX, X et XI). Il est très difficile de faire la part de ces différents facteurs. Nous dirons pour rester classique qu'il faut incriminer d'abord le terrain familial, aggravé par l'atteinte tuberculeuse; nous considérons l'association de ces deux facteurs comme éminemment favorable à la création d'une constitution hyper-émotive. Quant au facteur endocrinien il faut surtout s'attacher à préciser le moment où il est apparu; il peut être, en effet, la conséquence du déséquilibre vago-sympathique perpétuellement aggravé par les chocs émotifs, et ces cas nous paraissent les plus fréquents. Cette manière de voir est d'ailleurs confirmée par les tentatives thérapeutiques opothérapiques qui

n'amènent le plus souvent aucune amélioration de l'état général ou psychique du malade. Mais si ce facteur endocrinien est très ancien, on peut l'évoquer au même titre que l'hérédité et les différents facteurs biologiques qui la signent, au même titre que la tuberculose. Il s'agit souvent dans ces cas-là d'une véritable dystrophie du système neuro-végétatif et endocrinien.

OBSERVATION I

Syndrome de dysthyroïdie aggravée par un traitement iodé.

M^{me} B..., 52 ans.

Sa mère avait paraît il, un goitre, et a toujours été nerveuse, mais une nerveuse déprimée, qui a dû se soigner à deux reprises, hors de chez elle, pour des épisodes psychasthéniques non délirants. La malade a, dans son passé, à 16 ans, une péritonite bacillaire à forme ascitique. Elle a été mariée, son mari est mort de pneumonie. Elle n'a eu ni enfants, ni fausse-couche et ses règles ont disparu à 35 ans. Elle a toujours eu un goitre, bien toléré ; mais il y a six mois on lui a donné de l'iode parce qu'elle engraisait. Depuis, elle est plus nerveuse et d'émotive elle est devenue irritable. Pouls à 100, instable, tension 13/8. Tons artériels très nets au début puis vite éteints. Le corps thyroïde est légèrement augmenté de volume avec rougeur préthyroïdienne. L'œil est un peu dur, sans exophtalmie au signe de la carte. Pas de tremblement, on ne fait pas de métabolisme basal à cause du traitement iodé récent. La malade est mise à un traitement très simple : suppression de l'iode, conseils d'hygiène, valériane et bromure. Trois mois après : pouls à 80, disparition de tous les signes de pseudo-Basedow. Il reste l'émotivité, les troubles vasomoteurs des extrémités, la tension est tombée à 11.

OBSERVATION II

Tis... Colette, 18 ans.

Déséquilibre vago-sympathique. Dysthyroïdie type pseudo-Basedow (mais réactions vagotoniques).

Entrée dans le service le 22 novembre 1938, alors qu'elle était entrée dans le service du Docteur RICARD pour douleurs abdominales.

A. H. : mère à l'hôpital pour ostéomalacie (service du D^r DEVIC). Père bien portant. Tante tuberculeuse, morte.

A. C. : deux sœurs, trois frères, au préventorium, parce que leur père ne peut s'occuper d'eux.

Enfance normale. Régée à 13 ans. Envoyée, il y a sept mois, au sanatorium d'Hauteville parce que, dit elle, elle était fatiguée.

Il y a quatre mois qu'elle ressent des douleurs sur tout le ventre. Les douleurs sont beaucoup plus vives au moment des règles. On l'a soignée aux rayons ultra-violets, ce qui n'a donné aucun résultat.

T. A. = 9/5.

Réflexes rotuliens et pupillaires normaux.

25-11-38. Radioscopie pulmonaire négative.

L'interrogatoire de la malade est assez difficile et donne des résultats plutôt imprécis. Elle se plaint de souffrir surtout au moment de ses règles de la façon suivante : elle souffre le matin vers 3 ou 4 heures : ce sont des pesanteurs dans le ventre, avec brûlures d'estomac. Tout ceci n'est pas réglé par l'alimentation, elle ne vomit pas ; elle ne signale ni régurgitations, ni vomissements.

On est frappé surtout par l'état nerveux : la malade est une anxieuse chez laquelle il faut discuter l'élément thyroïdien. En effet, exophtalmie et tremblement. D'autre part, on note des poils peu abondants au niveau des régions génitales mais très marqués sur la lèvre supérieure. Cependant les troubles observés ne seront d'origine thyroïdienne qu'en fonction même du métabolisme basal.

Toucher négatif. V. S.¹ normale, deux arguments allant à l'encontre de l'idée d'une pleuro-péritonite bacillaire.

On va vérifier les températures qui, au dire de la malade, s'élèvent rapidement à l'effort. Si cela se confirme, ce serait une raison de plus pour penser à un trouble neuro-endocrinien.

6-12-38. Radioscopie : estomac de forme et de position parfaitement normales accomplissant normalement son évacuation.

14-12-38. Métabolisme basal : diminution de 5 %.

5-1-39: V. S. = 5 %.

14-1-39. R. O. C.² = 15 ; 13 ; 13.

Une demi-heure après injection d'adrénaline

R. O. C. = 30 ; 22 ; 22.

16-1-39. R.O.C. après injection d'atropine : 21-18-19.

21-1-39. A la suite d'une application de révulsif, la malade a présenté une large éruption de papules rouges, très douloureuses sur toute la surface d'application du révulsif.

OBSERVATION III

Syndrome de dysthyroïdie. Cliniquement diagnosticable. Fausse maladie de Basedow. Émotivité.

Bonn... Jeanne, 38 ans.

Malade envoyée par le Docteur MARGOT (de Saint-Symphorien) pour maladie de Basedow.

A. H. : père mort à 70 ans d'une affection cardiaque. Mère morte à 50 ans d'albuminurie chronique.

A. C. : une sœur porteuse de goitre.

A. P. : aucune maladie grave dans son enfance. Réglée à l'âge de 13 ans, assez irrégulièrement. Le plus souvent ses règles ont plusieurs jours d'avance, sont généralement douloureuses et assez abondantes.

¹ V. S. = Vitesse de Sédimentation horaire.

² R. O. C. = Réflexe-oculo-cardiaque.

Il y a sept ans, a eu un accident fébrile avec membres inférieurs rouges oedématiés, nécessitant un séjour de six semaines à l'hôpital (traitée à la digitale).

Depuis de nombreuses années, elle avait remarqué l'existence d'un petit goitre qui ne provoquait aucun trouble, mais depuis deux mois, elle perd l'appétit, a maigri, remarque un changement de son caractère : elle devient plus irritable, facilement émue, et surtout elle est gênée par des palpitations, de la tachycardie et de la dyspnée à l'effort. Les troubles sont assez forts pour l'arrêter dans son travail.

Enfin, à son entrée à l'hôpital, elle s'aperçoit que sa voix est devenue sourde et qu'elle éprouve de la difficulté pour parler.

Examen : malade au facies congestionné ; on est frappé surtout par son aspect figé et sa lenteur à se mouvoir, à répondre aux questions. On note par ailleurs du tremblement des mains : tremblement à amplitude assez grande, intéressant toute la main ; il survient lorsque la malade est au repos et cesse absolument lorsqu'on fixe son attention sur ses mains ou qu'on les lui fait étendre.

Au cou, petit goitre nodulaire, dur, élastique, mobile sous la peau et latéralement, suivant bien les mouvements du larynx. Il ne semble pas exister d'exophtalmie. Les mouvements des yeux et des paupières s'effectuent normalement.

Température subfébrile. V. S. = 3 %.

Appareil circulatoire : cœur rapide. T. à 100. Les bruits ont un timbre un peu roulant mais il ne semble pas exister de lésion. T. A. = 13,5/8. Après massage artériel, il n'y a aucune modification des tons artériels.

Appareil pulmonaire : respiration rude et prolongée dans les deux poumons. La base droite est un peu obscure. La radioscopie pratiquée le 9 février est négative.

Appareil digestif : ventre souple, le foie est de dimensions normales, non douloureux. La rate n'est pas perçue.

Pupilles réagissant bien aux deux modes. Les réflexes tendineux achilléens et rotuliens sont normaux.

Il faut noter que le corps entier est moite, couvert de sueurs.

L'examen laryngologique pratiqué par le Docteur René MAYOUX élimine l'existence d'une paralysie récurrentielle. Il s'agit d'une laryngite banale.

En résumé : on ne peut retenir en faveur de la maladie de Basedow que le goitre, une légère tachycardie et les troubles du caractère. Les sueurs diffuses, et abondantes, l'aspect extérieur de la malade cadrent mal avec ce diagnostic. On pratiquera un métabolisme de base qui permettra de trancher la question. En plus du métabolisme basal, on fera quelques investigations sur le foie qui est un peu dur. Se rappeler aussi que la malade a suivi un traitement à la fluxine qui peut être un facteur de dys-thyroïde.

Le 10-2-39. Réactions sérologiques :

BORDET-WASSERMANN : négatif.
KAHN : négatif.
MEINICKE : négatif.

13-2-39. Métabolisme basal normal.

14-2-39. Radioscopie thoracique : négative.
Réaction de Takata : négative.

15-4-39. Coefficient de Maillard : 11,4.

23-2-39. R.O.C. (15").

27 ; 18 ; 29.

Demi-heure après injection d'atropine :

27 ; 23 ; 23.

24-2-39. 15 minutes après injection de 6 mgr. de pilocarpine :

27 ; 18 ; 20.

3-3-39. Thorax longiligne. Cœur absolument normal.

Rien aux poumons. Examen négatif.

18-3-39. Métabolisme basal normal.....	: 37.
— basal trouvé	: 33.
Diminution.....	: 10 %.

18-3-39. La malade se présente avant tout comme une émotive ; on note un ensemble de signes qui font pencher vers un tempérament vago-tonique ; le caractère des troubles psychiques joint au résultat du métabolisme de base confirme bien l'impression qu'il s'agit d'un syndrome émotif pseudo-basedowien.

OBSERVATION IV.

Émotivité constitutionnelle. Disthyroïdie pseudo-basedowienne. Épisode de diabète léger dont on peut discuter l'origine thyroïdienne. Hyperglycémie modérée, amélioration des épisodes anxieux présentés par la malade à son entrée dans le service par l'insuline agissant comme régulateur du déséquilibre vago-sympathique et glandulaire. *Dub... Marie, 43 ans, entrée le 12 décembre 1938.*

Cette malade entre dans le service, envoyée par le Docteur Ducroux pour diabète, acidose et accidents cutanés.

A. H. et A. C. : rien à signaler, si ce n'est que sa mère a eu plusieurs fausses-couches (quatre à cinq au dire de la malade). Il lui reste un frère en bonne santé.

A. P. : La malade n'a eu pendant son enfance que rougeole et coqueluche ; mais dès cet âge elle prend facilement des otites et, à 14 ans, des furoncles. A 18 ans, à la suite d'une période de grosses fatigues, la malade va consulter un médecin, inquiète d'éprouver toute la journée une soif intense qu'elle ne peut étancher. On lui découvre alors du diabète qu'elle traite par un régime, sans insuline ; quinze jours plus tard, il n'y a plus traces de sucre dans les urines. A 28 ans, après une période de santé parfaite, des hémorragies importantes font faire le diagnostic de fibrome, que M. COTTE opère. La malade se

rétablit bien, elle souffre seulement de prurit vulvaire après les règles, et fréquemment elle présente quelques éruptions. L'hiver aussi, des otites fréquentes la retiennent au lit. Il y a deux ans, le prurit vulvaire devient intolérable et la malade recommence à boire beaucoup. Le Docteur DUCROUX soigne le premier au NO^3 Ag et trouve pour la deuxième fois du diabète (22 g. par jour au dire de la malade). Un régime est ordonné. La malade se sentant soulagée ne fait plus faire d'analyses d'urines ; elle suit un peu irrégulièrement son régime et se traite pendant quelque temps avec des infusions de plantes.

Mais, en septembre 1938, apparition de nombreux furoncles, aux cuisses surtout, et le prurit recommence à la faire souffrir. Étant garde-malade, elle éprouve quelque difficulté à suivre son régime et l'abandonne à peu près complètement ; puis, les furoncles persistant, l'état général s'altère et la malade rentre chez elle pour se soigner. Elle éprouve aussi des troubles digestifs et le rétablissement du régime ne la soulage pas : elle vomit peu de temps après avoir mangé, souffre de céphalées violentes. Ces troubles la conduisent chez le Docteur DUCROUX qui lui trouve du diabète et commence un traitement à l'insuline (20 unités par jour). Après dix jours de traitement, une deuxième analyse montre 22 g. 30 par litre de sucre, et présence faible d'acétone. Sur le conseil du médecin, elle entre alors dans le service. Par ailleurs, la malade avoue un éthyisme léger.

A l'entrée : la malade obèse, d'aspect pléthorique, est considérée d'abord comme une diabétique. On a demandé le dosage du sucre et de l'acétone, et on a fait une glycémie.

Au cœur, le rythme est normal ; un léger souffle systolique non propagé est perçu à la pointe.

T. A. = 15—11,5/7,5.

Dans les deux champs pulmonaires, la sonorité est normale.

Les réflexes pupillaires, rotuliens et achilléens sont normaux.

A noter, sur la face interne des cuisses, sur les seins, de l'intertrigo.

V. S. = 12 %.

14-12-38. Il y a un fait très curieux dans l'histoire de la malade, c'est le bref épisode, à l'âge de 18 ans, de glycosurie avec polydypsie.

Le diabète actuel n'est pas non plus tout à fait typique, — car il n'y a pas d'hyperglycémie importante (1 g. 68) — et il a d'ailleurs mal réagi à l'insuline. On aurait tendance à incriminer le corps thyroïde : il s'agit sûrement d'une nerveuse, à l'œil un peu dur, aux doigts qui tremblent, au psychisme inquiet, au poulx à 112, et *au foie* un peu gros, avec migraines et notion d'éthylisme. On va vérifier le métabolisme basal, demander un coefficient de Maillard et discuter le traitement dans le sens thyro-hépatique.

13-12-38. Analyse d'urines :

Glucose 12 gr. 37 $\frac{0}{100}$

Diurèse 1 l. 500

Sucre éliminé dans la
 journée 18 g. 55

Coefficient de Maillard 7

Analyse de sang :

Glycémie..... 1 g. 68

7-1-39. Analyse d'urines : sans changement.

Corps atoniques : faiblement positif.

A la même date, métabolisme basal diminué de 16 %.

On met la malade à 40 unités d'insuline par jour.

L'exploration de son système vago-sympathique montre :

R. O. C. = 19 ; 14 ; 14.

Une demi-heure après injection d'adrénaline :

R. O. C. = 26 ; 21 ; 24.

8-1-39. 15 minutes après injection d'atropine :

R. O. C. = 21 ; 18 ; 18.

20-1-39. Une demi-heure après absorption de cinq milligrammes de pilocarpine :

R. O. C. = 21 ; 16 ; 18.

21-1-39. Analyse d'urines :

Sucre 12 g. 20 ‰

Acétone 0

21-1-39. Analyse de sang :

Glycémie 1 g. 40

24-1-39. Le fond d'œil paraît normal sans hémorragies ni rétinite.

L'anxiété diminue, la malade peut reprendre sa vie habituelle et quitte le service.

OBSERVATION V

Anxiété, élément thyroïdien à discuter, ancienne opérée de Basedow (?).

Ross... Andrée, 32 ans, entrée le 13-8-38.

Malade de 32 ans envoyée par le Docteur D. pour syndrome basedowien.

A. H. : père mort d'affection pulmonaire. Mère bien portante.

A. C. : rien à signaler.

A. P. : mariée, mari en bonne santé. Une fille bien portante. Coqueluche et rougeole dans l'enfance.

En 1927, accouchement dans des conditions normales. Un an après, apparut de la tachycardie avec tremblement. Elle va consulter le Docteur D. qui, après un traitement médical, l'envoya au Docteur M. qui constate un syndrome basedowien fruste. Il pratique une thyroïdectomie subtotale. L'intervention n'apporta que peu d'amélioration aux troubles. La tachycardie, l'énervement, l'irritabilité persistent. Depuis un an, tous les troubles précédents se sont nettement accentués : cœur très rapide, avec périodes de ralentissement, tremblement des doigts.

Refroidissement des extrémités. Mais, ce qui domine dans ce syndrome, ce sont les troubles du caractère : crises de larmes, frayeurs, étouffement dans l'obscurité.

Le 13 août, elle va consulter le Docteur DUCROUX qui, partant en vacances, nous l'adresse.

A l'entrée : malade amaigrie ; elle ne peut fixer le taux de son amaigrissement. Elle se plaint toujours de troubles analogues, cependant légèrement atténués depuis qu'elle est au repos. Apyrétique.

A l'examen : légère hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde, cicatrice d'intervention.

Au cœur, au moment de l'examen, le rythme n'est pas très rapide : 80 environ. Bruits normaux un peu claqués. Rythme régulier. T. A. 15/10.

Poumon : normal.

S. N. : les pupilles sont en mydriase des deux côtés, réagissent normalement à la lumière. Réflexes tendineux vifs.

Appareil digestif : on ne sent ni le foie, ni la rate. La malade se plaint de diarrhées fréquentes.

Urines : ni sucre ; ni albumine.

On ne note ni exophtalmie, ni éclat du regard ; il n'existe pas de tremblement des extrémités.

Sed. 7 %.

Docteur BARBIER. — Il semble, d'après l'examen actuel, qu'on ait affaire plus à une névrose tachycardique avec anxiété, qu'à un syndrome basedowien vrai. Le cœur tonus artériel est pauvre. Les extrémités sont froides et humides.

Y a-t-il eu derrière le syndrome actuel un vrai basedow ? c'est possible. On va faire un nouveau M. B. sans tenir compte d'une légère augmentation due à un facteur émotif.

20 août. Radioscopie : cœur, poumons : normaux.

19 août. M. B. normal : 37. M. B. trouvé : 28. Diminution 24 %.

6 septembre. Radioscopie : petit cœur nerveux ; point G. un peu abaissé.

19 octobre. V. S. : 9 %.

21 octobre. Métabolisme basal trouvé : 33,20. Normal : 37. Diminution : 11 %.

NDLR. On remarque cet échec de l'intervention au cours d'un syndrome de dysthyroïdie, peut-être même au cours d'un Basedow. S'agit-il d'une coïncidence entre les signes psychiques d'hyperémotivité et l'hypertrophie du corps thyroïde ? Nous aurions tendance à la classer à cause des signes psychiques dans les syndromes de dysthyroïdies ; malheureusement, on ne connaît pas le métabolisme pratiqué lors de l'intervention.

OBSERVATION VI

M. S..., 47 ans, employé de commerce.

Nous consulte, en 1934, pour « maladie de Basedow ». Il est soigné depuis quelques semaines par le Lugol. Il présente un goitre médian arrondi, saillant, sans rien dans le reste de la glande. Pouls 104. Léger tremblement des doigts. Mais, par ailleurs mains moites, aisselles transpirantes, œil vagotonique. Un métabolisme basal fait à ce moment (Dr ENSELME) n'est augmenté que de 10 %. On décide de surseoir à l'intervention qu'on avait proposée au malade. On supprime le Lugol. Les malaises s'atténuent. Le pouls retombe à 92 puis à 80. Le malade est perdu de vue.

Il consulte de nouveau en mai 1939. Son goitre est resté fixé au même volume. Son pouls est à 76. Ses tons artériels sont nuls. Il vient cette fois pour un épisode psychasthénique typique : difficulté de fixation de l'attention, oubli, agora-phobie. En dehors de ce petit goitre, il n'est plus qu'un vagotonique émotif et la preuve est faite qu'il ne s'est pas agi d'un vrai Basedow.

OBSERVATION VII

M. D..., 25 ans, novice d'un ordre religieux.

Famille de nerveux et de goitreux. Un oncle et une cousine soignés pour Basedow. Il est arrêté dans ses études depuis un an par des troubles nerveux variés : angoisse, tachycardie, troubles de l'attention. Il nous consulte en mai 1938 pour savoir si ses troubles sont dus, comme on le lui a dit, à une maladie de Basedow. Il est porteur de deux petits noyaux thyroïdiens bien limités : mais présente en même temps tous les troubles de la vagotonie et des apophyses bifides nettes. Nous écartons l'idée d'un rôle net du corps thyroïde, proposons un métabolisme basal et déconseillons l'intervention.

Le malade consulte à Genève, où l'on fait un métabolisme basal qui est *diminué* de 15 %. Néanmoins, on l'opère en enlevant les deux noyaux thyroïdiens. Suites opératoires troublées par des manifestations d'asthénie. Ce malade est laissé plusieurs semaines au lit, puis à la chaise-longue. Il est revu en mai 1939. Grand psychasthénique hypotendu, anxieux, il va abandonner son noviciat. L'intervention, manifestement non indiquée, a contribué à troubler définitivement cet émotif en fixant ses troubles.

OBSERVATIONS VIII ET IX

M^{me} B... et *M^{me} veuve D.* sont deux sœurs qui montrent bien le caractère parfois familial du syndrome de dys-thyroïdie avec émotivité.

OBSERVATION VIII

M^{me} B., l'aînée, vue pour la première fois en 1935, a 40 ans, vient pour des troubles qui font penser à la maladie de Basedow. Elle est porteuse d'un goitre depuis son adoles-

cence. Ce goître diffus ne s'accompagnait d'aucun trouble d'hyperthyroïdisme et c'était même une asthénique, à matinées pénibles, à période de dépressions fréquentes. Surmenée par une maladie de son mari, on lui a fait une série de piqûres strychnophospharsinées. Depuis ces piqûres son cœur est devenu rapide à 130-140, son cou a augmenté de volume, elle a maigri, ses yeux sont saillants. On constate pourtant ce jour-là que les signes sympathiques sont un peu discordants : mains mouillées, tachycardie très variable calmée par le repos. Il existe deux apophyses bifides dorsales ; on modifie seulement l'hygiène et la thérapeutique et, en quelques mois tout rentre dans l'ordre : au second examen le poids est passé de 49 à 52, le pouls n'est plus qu'à 90. Depuis six ans la malade, qui reste une psychasthénique, vient consulter de loin en loin pour un scrupule, la crainte d'un cancer, un épisode d'agoraphobie. Elle pèse actuellement 50 kilos, le pouls est à 80. Elle n'a plus de symptômes de la série basedowienne, mais tous ceux de la dysthyroïdie avec émotivité.

OBSERVATION IX

Sa sœur, M^{me} veuve D... est suivie depuis six ans aussi, elle consulte toujours d'urgence, sur un malaise insignifiant qu'elle croit grave. En six ans elle a fait trois épisodes de dépression psychasthénique lui ayant fait interrompre deux ou trois mois chaque fois son travail de couturière : chaque fois, il a fallu une psychothérapie importante pour la remettre sur pied. Pourtant l'état général est excellent, quoique la tension soit toujours basse (10 ou 11 pour MX), les urines souvent phosphatiques, les mains toujours humides, les pieds glacés. En somme, c'est une psychasthénique avec émotivité et troubles circulatoires du versant vagotonique. Or, elle est porteuse comme sa sœur, d'un goître diffus, assez visible pour être disgracieux, et comme elle, elle a deux apophyses bifides indiscutables. Elle n'a

jamais, comme l'a fait sa sœur, eu d'épisode pseudo-basedowien, peut-être parce qu'elle n'a pas eu de thérapeutique perturbatrice.

OBSERVATIONS X ET XI

Syndrome de dysthyroïdie et de constitution hyperémotive familiale, élément thyroïdien, facteur d'imprégnation tuberculeuse aggravant chez la fille.

OBSERVATION X

M^{me} A. C..., 65 ans.

Tient une boucherie avec son mari et vient consulter parce que depuis quelques semaines elle maigrit, est essoufflée au point de passer la nuit dans un fauteuil et a les jambes enflées ; on est en présence d'une malade très nerveuse, très amaigrie, aux yeux légèrement saillants. Son pouls est à 140. Arythmique. La tension maximum est à 16. Il n'y a pas d'albumine mais un petit hydrothorax droit ; on constate un goitre diffus, d'assez gros volume et on apprend que la malade est au traitement au Lugol depuis deux mois. C'est depuis cette date qu'elle a maigri et qu'elle a vu augmenter ses troubles cardiaques. La malade est prise en clinique, mise au repos, on supprime l'iode, on ponctionne l'hydrothorax. Elle quitte la clinique en bon état en janvier 1938, pesant 53 kilos et ayant déjà repris 2 kilos malgré la disparition des œdèmes. Elle est revue à plusieurs reprises. La dernière fois en mai 1939. Elle pèse 61 kilos, n'a plus aucun trouble cardiaque mais reste l'émotive qu'elle a toujours été, les signes de basedow ont complètement disparu.

OBSERVATION XI

M^{lle} O. C.

Fille de *M^{me} A. C...* Elle consulte le D^r BARBIER en août 1938. Elle a soigné avec beaucoup de dévouement sa mère

malade pendant plusieurs mois. Depuis que sa mère est guérie elle s'effondre à son tour et fait un épisode psychasthénique typique avec lassitude, surtout le matin, désir de la solitude, peur de la foule. Elle a toujours été très émotive, n'a pas pu passer d'examens, a un passé d'engelures, a toujours eu les jambes violacées. A l'examen on trouve au poumon droit des cicatrices calcifiées dans la région de la scissure supérieure : l'épisode pulmonaire a été discret, vers 12 ans ; on l'a envoyée deux étés à la montagne. Il existe au niveau de la colonne vertébrale quatre apophyses successives largement fendues. Enfin, le pouls est rapide à 120. Il n'y a pas de goitre perçu, mais la tension est à 14-17. Les tons artériels sont cinglants et durables, on a l'impression d'un terrain émotif complexe, à la fois bacillaire cicatriciel, constitutionnel avec apophyses bifides (comme sa mère) mais aussi, comme sa mère, dysthyroïdie à tendance basedowienne.

CONCLUSIONS

I. — L'émotion est le type le plus simple des phénomènes psycho-organiques. Nous avons étudié son mécanisme physiologique et essayé de montrer comment cette réaction normale de l'individu peut devenir perturbatrice.

II. — Cette émotion trouve dans les états psychologiques, dans les sentiments comme la joie ou la tristesse, ou dans les facteurs traduisant le refoulement des instincts primordiaux, ses excitants habituels. Elle peut être définie comme la réaction d'adaptation de l'individu au milieu extérieur, c'est une réaction élective s'appliquant spécialement à discerner le caractère favorable ou hostile de ce milieu. C'est une réaction éminemment utile parce qu'elle tend à la sécurité du moi. L'émotivité est la disposition à se garder et à se défendre.

III. — L'exagération de cette tendance peut devenir pathologique, alors la réaction émotive en dépassant son but inhibe l'individu et nuit à sa sécurité.

IV. — L'intensité de cette réaction émotive varie chez le même individu, mais dans des limites assez restreintes. Chaque sujet a son degré spécial d'émotivité, mais ce degré est essentiellement variable d'un sujet à l'autre. Chaque sujet a son tempérament propre : il est des individus qui, tout au long de leur vie, s'adaptent mal aux circonstances toujours diverses du milieu extérieur : ils ont une constitution hyperémotive.

V. — La constitution hyperémotive a non seulement ses manifestations cliniques propres, mais elle est à la base d'un grand nombre de syndromes organiques et psychiques. Traduisant un trouble dans l'évolution de la vie instinctive elle constitue l'élément dynamique des névroses. Son rôle dans les psychoses a été discuté et analysé. Les réactions organiques sont déterminées par l'action du choc émotif sur le système neuro-végétatif et endocrinien. Mais le choc émotif transforme également certains syndromes psychiques. Ainsi de petits nerveux, considérés comme des psychasthéniques peuvent devenir, sous son influence, des mélancoliques délirants, et nous pensons que certains psychasthéniques sont, comme le veut LÉVY-VALENSI, de petits mélancoliques hyperémotifs.

VI. — A la base de l'hyperémotivité et de ses nombreuses manifestations cliniques, on retrouve dans la majorité des cas les caractères de la constitution hyperémotive de DUPRÉ. Nous nous sommes appli-

qué à rechercher quelques caractères morphologiques de cette constitution *héréditaire*.

VII. — Il nous a semblé que certaines maladies de l'enfance ou de l'adolescence sont susceptibles de créer ces perturbations profondes de la vie instinctives qui donnent la constitution hyperémotive *acquise*.

Une imprégnation tuberculeuse sévère de l'adolescence peut exercer ainsi sur l'état psychologique de l'individu un retentissement durable. Ce recrutement d'origine tuberculeuse doit être distingué des troubles du comportement qui caractérisent certains états bacillaires chroniques.

VIII. — Nous pensons que le rôle des glandes endocrines est beaucoup moins important qu'on l'admet généralement dans la formation d'une constitution hyperémotive. Seul le syndrome de dysthyroïdie chronique que nous avons étudié peut être évoqué. Encore ne s'agit-il pas là d'une simple coïncidence.

Par contre, les glandes à sécrétions internes ont un rôle essentiel dans l'expression de l'émotion, et le choc émotif accuse les perturbations du système endocrinien. Les glandes à sécrétions internes interviennent en outre d'une façon transitoire à certaines périodes de la vie : puberté, grossesse, ménopause, retentissant évidemment sur toute la vie affective de l'être.

IX. — Des déductions thérapeutiques importantes peuvent être tirées de cette étude. Si l'imprégnation

tuberculeuse est discutée, même comme cause déclenchante, on en tirera d'utiles conséquences sur l'hygiène nécessaire à ces malades, sur l'opportunité aussi de certaines thérapeutiques (séjour climatérique, traitement médicamenteux). Il convient de se montrer prudent en matière de thérapeutique endocrinienne et de ne pas y voir le traitement fondamental étiologique et pathogénique de l'hyperémotivité. Mais, l'opothérapie constitue dans certains cas, chez les asthéniques notamment, un adjuvant précieux de la thérapeutique générale.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
JEAN LÉPINE.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer,
Lyon, le 28 juin 1939.
LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE.

BIBLIOGRAPHIE

PSYCHIATRIE, PSYCHOLOGIE ET GÉNÉRALITÉS

- BALLET (Gilbert). — *Traité de pathologie mentale*, 1903.
- BERGSON (Henri). — *Essai sur les données immédiates de la Conscience*. Paris, F. Alcan.
- *Matière et Mémoire*. Paris, F. Alcan.
- BINET ET COURTIER. — La vie émotionnelle. *Année physiologique*, 1897.
- CHEVALIER (Jacques), *Bergson*. — Plon, Paris, 1926.
- CRÉMIEUX (Albert). — Position actuelle du problème des névroses. — *Actualités médico-chirurgicales*, Marseille 1930, P.
- DARWIN. — *L'expression des émotions chez l'Homme et les Animaux*. Paris, 1890.
- DÉJERINE ET GAUCKLER. — *Les manifestations fonctionnelles des psychonévroses*. Paris, Masson, 1911.
- DELMAS (Achille) et BOLL (Marcel). — *La Personnalité, son analyse*. Flammarion, in-12.
- DUMAS. — *La tristesse et la Joie*. Paris, F. Alcan, 1900.
- EMMINGHAUS. *Allgemeine Psychopathologie zur Einführung in der Studium des Geistesstörungen*. Leipzig.
- ESQUIROL. *Des maladies mentales*. Paris, 1838.
- FÉRÉ (Ch.). — *Pathologie des émotions. Études physiologiques et cliniques*. Alcan, 1892.

- FLEMING. Allgemein. Zeitschrift für Psychiatrie. 1848, Heft I.
- FLEURY (M. de). — A propos des constitutions psychopathiques, la Cyclothymie dédoublée. *Encéphale*, 1928, p. 325.
- GUISLAIN. — *Leçon sur les Phrénopathies*.
- HYVERT (M.-C.). — *Les tendances psychopathiques constitutionnelles*. Thèse, Paris, 1924.
- JAMES (William). — *Mind*.
- JANET (Pierre). — *Névroses et idées fixes*. T. I et II, F. Alcan, in-8°.
- *Les obsessions et la psychasthénie*. T. I et II, F. Alcan, in-8°.
- *De l'angoisse à l'extase*. T. I et II, F. Alcan, in-8°.
- *Les Névroses*. Flammarion, in-12.
- KRAEPELIN (Émile). — *Introduction de la psychiatrie clinique*. — Tr. A. Devaux et P. Merklen, Préface de Dupré. Paris, Vigot, 1907.
- VON KRAFFT EBBING. — *Traité clinique de psychiatrie*. Tr. Laurent, Paris, Maloine, 1897.
- LACROIX (Jean). — *Timidité et adolescence*. Aubier, édit.
- LARGE. — *Les émotions*. Paris, 1895.
- LÉVY-VALENSI. — *Précis de Psychiatrie*. Baillière, 1926.
- MAGNAN. — *Leçon sur les maladies mentales*. Paris, Alcan, 1897.
- MOREL. — *Traité des maladies mentales*. 2^e édit., Paris, 1859.
- *Études cliniques, théoriques et pratiques des maladies mentales*. Masson, 1853.
- RIBOT (Théodule). — *Maladies de la Personnalité*. Alcan, Paris.
- *Maladie de la Mémoire*. Alcan, Paris.
- *Maladie de la Volonté*. Alcan, Paris.
- *Logique des sentiments*. Alcan, Paris.
- *Psychologie des sentiments*. Alcan, Paris.
- SEGOND. — *Traité de psychologie*.

- SIERRA A.-M. — Études psychopathologiques sur l'émotion expérimentale. *Semana Medica*, Buenos-Ayres, 25 août 1921.
- VASCHIDECT-MARCHAND. — Contribution à l'étude de la psychophysiologie des émotions. *Rev. Psychologique*, 1921.

L'ÉMOTION, L'ANXIÉTÉ

- ADLER (A.). — *Le tempérament nerveux*. Tr. Roussel, Paris, Payot, 1920.
- AIMÉ. — Troubles nerveux et psychiques d'origine commotionnelle pendant la guerre. *Presse Médicale*, 22 février 1917.
- BALLET (Gilbert). — Tremblements et états émotionnels. *Rev. Neurol.*, 1915, p. 934.
- BALLET (Gilbert) et ROGUES DE FURSAC. — Les psychoses commotionnelles. *Paris Médical*, 1^{er} juin 1916.
- BOUVERET. — *La Neurasthénie*.
- BUSCAINO. — De l'expression physique des émotions. *Revista di Psicologia*, 1920.
- BRISSAUD. — De l'anxiété paroxystique. *La Semaine Médicale*, 12 nov. 1890, p. 410.
- BRISSAUD. — De l'anxiété et de l'angoisse. — Discussion du Rapport de Lalanne sur l'Anxiété. Congrès de Grenoble. *Rev. Neurol.*, 1902, p. 763.
- BONNIER (Pierre). — *L'Anxiété*. Paris, F. Alcan, 1913.
- CAMPANA (G.). — *Contribution à l'étude des états liés à l'hyperémotivité anxieuse et leur traitement*. Thèse, Paris, mars 1930.
- CANNON (Walter-B.). — Travaux sur les émotions. *Amér. J. et physiol.*, 1911-1914.

- CEILLIER (André). — Les mélancoliques anxieux, persécutés. *Annales médico-psychologiques*, 1921, t. II, p. 13-69-110.
- COCHE (René). — *Contribution à l'étude des algies pelvi-génitales, dites névropathiques chez la femme.* — Th. Lyon, 1935.
- CORDES. Die Platzangst-Symptom einer Erschöpfungsparese. De l'agoraphobie. *Arch. f. Psych. and Nerv.*, t. III, 1872, p. 521.
- CLAUDE, DIDE et LEJONNE. — Psychoses hystéro-émotives de la guerre. *Paris Médical*, 2 septembre 1916.
- CLAUDE et BIANCANI. — Sur un cas d'obsession génitale avec angoisse et tendance à l'exhibitionisme chez la femme. *Congrès de Luxembourg*. Juillet 1921; *Encéphale*, 1921, p. 456.
- COTARD. — Du délire hypochondriaque dans une forme grave de la mélancolie. *Soc. Méd. psych.*, 28 juin 1880. *Ann. Méd. psych.*, octobre 1880.
- Délire d'énormité. — *Soc. Méd. Psych.*, 26 mars 1888.
- Du délire de négations. *Arch. de Neurol.*, Nos 11 et 12, 1882.
- CYGIELSTREICH (C.-A.). — La psychologie de la panique pendant la guerre. *Ann. Méd. psych.*, avril 1916.
- DAMAYE. — Délire aigu au cours de la mélancolie anxieuse. *Encéphale*, 1921, p. 244.
- DELAVIERRE. — *Les réactions émotives.* Thèse de Paris, 1927.
- DELRIEUX (G.). — *Contribution à l'étude des psychoses émotionnelles.* Thèse de Toulouse, 1919.
- DANITSCH. — Ueber die Praecordialangst bei Gesteskranken inang Dissert. *Würzburg*, 1874.
- DEZOS (L.-C.-P.). — *Du rôle de la prédisposition individuelle dans les accidents dits commotionnels ou émotionnels.* Thèse de Bordeaux, 1919.
- DUMAS (Georges). — Les troubles mentaux de la guerre. *Revue de Paris*, 15 juin, 15 juillet 1916.

- DUPRÉ (Ernest). — Rapport sur les problèmes psychiatriques concernant le rôle de l'émotion. *Soc. neurol. et soc. psych.*, 1909.
- DUPRÉ et LOGRE. — Émotion et commotion. *Acad. Méd.*, 20 juillet 1918.
- DUPRÉ et GRIMBERG. — La psychonévrose émotive. *Soc. neurol.*, janv. 1917.
- FALRET. — De la mélancolie et de ses diverses variétés. *Soc. Méd. Psych.*, 11 nov. 1889. *Ann. Méd. Psych.*, janv. 1890.
- De FLEURY (Maurice). — *Introduction à la Médecine de l'Esprit*. F. Alcan.
- *Les grands symptômes neurasthéniques*. Alcan.
- *Les états dépressifs et la neurasthénie*. Alcan.
- *L'Angoisse humaine*. Les Édit. de France.
- *Les fous et la sagesse qu'ils enseignent*.
- Les psychonévroses émotives (Maladie de Dupré) dans *Traité de Path. Méd. et de Thérap. de Sergent*, t. VII. *Psychiatrie*; t. I, 2, Paris, édit. Maloine, 1926.
- FOURCADE (Maurice). — *La constitution émotive*. Thèse de Paris, 1911.
- Freud (Sigismond). — Ueber die Berechtigung von der Neurasthénie einen hestimmien symptomen-Komplex als « Angstneurose » abzutrennen. *Neurol. Centralbl.*, 1895, 15 janvier, N° 2.
- GRASSET. — Les psychonévroses de guerre. *Presse Médicale*, 1^{er} avril 1915.
- Les grands types cliniques de psychonévroses de guerre. *Réunion Médicale de la XVI^e région*, 22 janv. 1917.
- HALLION. — Rapport sur les problèmes physiologiques concernant l'émotion. — *Soc. Neurol. et psych.*, décembre 1909.
- HARTENBERG (Paul). — *La névrose d'angoisse*. Paris, F. Alcan, 1902.
- La Névrose d'angoisse. *Rev. de Méd.* Nos 6, 7 et 8, 1901.

- *Psychonévroses anxieuses et leur traitement.* — Paris, F. Alcan, 1922.
- Les formes pathologiques et la rougeur émotive. *Rev. de Méd.*, 10 août 1902.
- La base organique de l'érentophobie. *Presse Méd.*, 25 janv. 1911.
- La dyphasie spasmodique des névropathes. *J. des Praticiens*, 10 août 1912.
- L'impuissance virile émotive et son traitement. *Journal de Méd. de Paris*, 8 mars 1913.
- HECKEL (F.). — *La névrose d'angoisse.* Paris, Masson, 1917.
- HECKER. — Ueber larvierte und abortive Angstzustände bei Neurasthenie. *Centralblatt f. Nervenheild u. Psych.*, décemb. 1893.
- Ueber die Bedeutung des Angst affects in der Neurasthenie. *Allg. Zeitsch. f. Psych.* T. II, 1896.
- HESNARD. — Les troubles nerveux et psychiques consécutifs aux catastrophes navales : Psychonévroses émotives. *Rev. de Psych.*, 1914, n° 4.
- *Les syndromes névropathiques.* Doin, 1927.
- HUOT et VOIVENEL. — L'anxiété précédant l'assaut. *Progrès méd.*, 21 juillet 1917, p. 245.
- JOLAS (Raymond). — *Contribution à l'étude de la névrose obsessionnelle.* Thèse de Lyon, 1937.
- JOLLY (Th.). — Sur les névroses de guerre. *Archiv. f. Psychiatrie*, février 1916.
- JANET (Pierre). — Rapport sur les problèmes psychologiques concernant l'émotion. *Soc. Neurol. et Psych.*, décembre 1909.
- JOLTRAIN. — Considérations sur l'action du choc émotif. *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 2 mars 1917.
- KAAN. — Der neurasthenische Angst affect bei Zwangsvorstellungen. *Jahrbuch f. Psych.*, 11 mars 1893.
- KRAFFT-EBING. — *Die Melancholie.* Erlangen, 1874.

- LAIGNEL-LAVASTINE et COURBON. — Syndrome psychasthénique consécutif aux émotions. *Ann. méd. Psych.*, juillet 1917.
- LAIGNEL-LAVASTINE, VINCHON et LARGEAU. — Présentation de trois obsédés. *Soc. Psych.*, 30 déc. 1923. *Encéphale*, 1924, p. 57.
- LALANNE (Gaston). — Des états anxieux dans les maladies mentales. *Rapport au XII^e congrès des Médecins aliénistes et neurol.* Grenoble, août 1902.
- *Les persécutés mélancoliques*. Bordeaux, Durand, 1897.
- LÉPINE (Jean). — *Troubles mentaux de guerre*. Masson, 1917, collect. horizon.
- Pathogénie des états neurasthéniques. *Rapport au X^{me} Congrès de Médecine*, Genève, septembre 1908.
- LÉRI (C.-A.). — *Commotions et émotions de guerre*. Masson, 1918. Coll. horizon.
- LÉVY-VALENSI. — *Précis de psychiatrie*.
- LHERMITE (Jean). — *Fondements biologiques de la psychologie*.
- LONGE (P.). — L'angoisse. *Rev. de Médecine*, 1902, p. 704 et 868.
- LOGRE. — Sur quelques cas pathologiques devant l'ennemi. *Rev. Neurol.*, juillet 1916.
- MAIRET et PIERRON. — Le syndrome commotionnel dans les traumatismes de guerre. *Acad. de Méd.*, Juin 1915.
- Le syndrome émotionnel *Ann. Méd. Psych.*, avril 1917.
- MALLET. — État confusionnels et anxieux chez le combattant. *Ann. Méd. Psych.*, janvier 1917.
- MAIRET et PIERRON. — Le syndrome émotionnel, sa différenciation du syndrome commotionnel. *Montpellier méd.*, 1^{er} mars 1917.
- MOREL. — Délire émotif. Névrose du système nerveux ganglionnaire viscéral. *Arch. générales de Méd.*, 1866.
- PIGNÈDE et ABELY (Paul). — Séquelles lointaines des commotions cérébrales. *L'Encéphale*, 1930, p. 436.

- PITRES et RÉGIS. — Séméiologie des obsessions et idées fixes. *XII^e Congrès intern. Méd.*, Moscou, 1897.
- *Les obsessions et impulsions*. Paris, O. Doin, 1902.
- ROGER (Henri). — Le choc nerveux. — *Presse Médicale*, 20 nov. 1916.
- ROUSSY et LHERMITTE. — *Les psychonévroses de guerre*. Masson, 1917, collect. horizon.
- LE SAVOUREUX (H.). Rapport des commotions de guerre et de la constitution émotive. *Ann. Méd. Psych.*, 1924, t. I, p. 10.
- SÉGLAS. — Note sur un cas de mélancolie anxieuse. *Arch. Neurol.*, 1884.
- Mélancolie anxieuse, avec délire de négations. *Progrès Méd.*, 19-11-87.
- SÉGLAS et SOURDILLE. Mélancolie anxieuse. *Ann. Méd. Psych.*, 1893.
- SÉGLAS et BARRAT. — Le rôle de l'émotion dans l'Étiologie des maladies mentales. *Journ. de Psych.*, mars-avril 1913.
- SÉGLAS et COLLIN. — Émotion-choc. Psychose confusionnelle. *Presse Méd.*, 1^{er} février 1911.
- SOUQUES (A.). — Angoisse sans anxiété. *Soc. Neurol.*, 4 déc. 1902. *Rev. Neurol.*, p. 176.

RAPPORTS DE L'ÉMOTION ET DE L'HYSTÉRIE

- BABINSKI (J.) et DAGNAN-BOUVERET (Jean). — Émotion et hystérie. *Journ de Psych. norm. et pathol.*, mars-avril 1912.
- BABINSKI (J.) et FROMENT (J.). — *Hystérie-pithiatisme*. Masson et C^{ie}, 1917.

- DÉJERINE. — Discussion générale consacrée à l'étude
« Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents
névropathiques et psychopathiques. *Réun. ann. de
la Soc. de Neurol. et de la Soc. de Psych.*, 3-16 décemb.
1909-13 janv. 1910.
- FROMENT (J.). — Accident hystérique-pithiatique et phy-
siopathologie dite hystérique. — *Rev. Neurol.*,
février 1937.
- EY (Henri) et ROUART (J.). — Essai d'application des prin-
cipes de Jackson à une conception dynamique de la
neuro-psychiatrie. — *Monographie de l'Encéphale*.
Doin, 1938.
- HESNARD. — L'hystérie, névrose d'expression. — *Évolu-
tion psychiatrique*, Paris, 1937.
- JANET (P.). — *État mental des hystériques*. Alcan, 1911,
p. 63, 66, 67.

PSYCHIATRIE ET SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

- BARBIER (Jean). — *Exploration clinique de la paroi arté-
rielle*. Thèse de Lyon, 1921.
- Étude clinique des réflexes sympathiques. *J. des Méd.
de Lyon*, 20 janv. 1926.
- BARD (L.). — Les données générales de la pathologie du
Sympathique. *J. Méd. de Lyon*, 1926, 20 janv., p. 31.
- BENOÎT. — *Le R.O.C. dans les états anxieux*. Thèse de Bor-
deaux, 1920.
- BRIAND (Marcel) et PHILIPPE (Jean). — L'audi-mutité
rebelle d'origine émotionnelle. *Progrès Méd.*, 5 sep-
tembre 1917, p. 257.
- Un cas de bagaiement paroxystique d'origine émotion-
nelle. *Progrès méd.*, 4 août 1916, p. 146.

- BUSCAINO. — De l'expression physique des émotions considérées d'un point de vue doctrinal. *Revista di psych.*, 1920, n° 2.
- CLAUDE, FRIBOURG-BLANC et CEILLIER. — Syndrome obsessionnel polymorphe avec complexe d'Œdipe et trouble de l'équilibre vago-sympathique. *Soc. Méd. Psych.*, 20 avril 1923. *Ann. Méd. Psych.*
- CLAUDE, SANTENOISE (D.) et VIDACOVITCH. — Étude des variations de l'état du système neuro-végétatif chez un obsédé. *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 14 avril 1924. *Encéphale*, 1924, p. 320.
- DE CLÉRAMBAULT. — Le Sympathique chez les passionnels. *Soc. clin. Méd. ment.*, 23 mai 1923, *Ann. Méd. Psych.*, 1923, t. II, p. 84.
- COMBENADE et DEMACON. — Les psychoses des ovariectomisées. *L'Echo méd. du Nord.*, 28 août 1928.
- COURBON (P.) et BAUER (E.). — *Des signes physiques neurologiques dans les psychoses.*
- DANCENIS (F.). — *Contribution à l'étude du Déséquilibre vago-sympathique dans les états émotifs et anxieux.* Thèse de Lyon, 1930.
- DELFO ESPÉNO. — Contribution à l'étude des épreuves physiodynamiques et pharmacodynamiques en psychiatrie comme méthode d'exploration du système nerveux végétatif. — *Riv. di psiquiatria y disciplinas conexas.* Lima, 1924.
- EUZIÈRE (J.) et MARGAROT (J.). — Les réactions du système nerveux viscéral dans les états anxieux. *Encéphale*, 1920, p. 349 et 360.
- Le R.O.C. dans les états anxieux. *Gaz. des Hôp.*, 1919.
- EUZIÈRE (J.) et MARGAROT (J.). — L'alternance vago-sympathique dans les psychoses. *Ass. fr. pour l'Avanc. des Sciences.* Montpellier, juillet 1922.
- FOLLY. — Déséquilibre neuro-végétatif profond avec état anxieux chez un commotionné de guerre. — *Réunion neurol.* Strasbourg, 12 mars 1927. *Encéphale*, 1927.

- GÉBRIAN (Germain). — Le système nerveux végétatif en psychiatrie. *Arch. de Neurol.* Madrid, janv.-avril 1926.
- GORRITI. — La constitution émotive et la vagosympathie. *La Semana Medica*, n° 4, Buenos-Ayres.
- GRASSET. — La névrose cérébrospinalique, psychonévrose du vago-sympathique. *Presse médicale*, 1909.
- GUILLAUME (A.-C.). — Le Psychisme dans les états de déséquilibre nerveux. *Arch. Neurol.*, t. IV. Vol. I, juin-juillet 1928.
- JACQUELIN (André). — *Directives en pratique médicale*, Masson, 1935.
- JANET (Pierre), HALLION (L.), CLAUDE (H.) et DUPRÉ (Ernest). — Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques. *Réun. ann. des Soc. Neurol. et Psych. de Paris*, 9 déc. 1909.
- JUSTER (E.). — Intérêt à la recherche des réactions vasomotrices pour l'étude du système sympathique dans les affections neuropsychiatriques. *II^e Réun. biol. neuropsych. Encéphale*, 1923, p. 416.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne. *Rapp. du XVIII^e Cong. des Alién. et Neurol.* Dijon, août 1908. Paris, Masson, édit.
- Sécrétions internes et psychoses. *Presse Méd.*, août 1918.
- Algie sympathique chez un mélancolique. *Soc. Psych.*, 19 mai 1921. *Encéphale*, 1921, p. 333.
- Le rôle du sympathique en pathologie mentale. *Soc. Psych.*, 10 nov. 1922. *Encéphale* 1922, p. 663.
- Les réactions sympathiques et endocriniennes des psychonévroses. *Prog. méd.*, n° 34, 20 août 1927.
- L'utilité pratique du pH urinaire dans le diagnostic et le traitement des déprimés anxieux. *La Méd. Intern.*, sept. 1930, p. 321.

- LAIGNEL-LAVASTINE et CORNELIUS (R.). — Le pH urinaire et le titrage des acides organiques de l'urine chez les anxieux et les déprimés. *Soc. Biol.*, 18 oct. 1924.
- L'hypoacidité, syndrome urinaire de l'angoisse. *Presse Méd.*, 18 nov. 1925.
- L'angoisse, névrose alcaline. *XXX^e Cong. Genève*, août 1926.
- LAIGNEL-LAVASTINE, CORNELIUS (R.) et VINCENT (M.). — Le pH et la réserve alcaline du sang chez les anxieux. — *Soc. Biol.*, 24 mars 1928.
- LANGERON (L.). — L'exploration pharmacologique du système nerveux végétatif. Technique et résultats généraux. — *J. de Méd. de Lyon*, 1926, p. 49.
- LARRIVÉ (E.) et DANCENIS. — Le système neuro-végétatif dans les états émotifs et anxieux. — *J. de Méd. de Lyon*, 20 juin 1930, p. 375.
- LAUZIER. — *Contribution à l'étude du métabolisme basal dans les maladies mentales*. Thèse de Paris, 1923.
- LÉPINE (Jean). — Recherches sur la pression artérielle chez certains aliénés. *Soc. Méd. des Hôp.*, Lyon, 20 juin 1930, p. 375.
- LÉPINE (J.) et POPOFF (V.). — Recherches sur les variations cytologiques du sang chez les aliénés. *Encéphale*, déc. 1908.
- LÉRI (A.). — Lésions des glandes surrénales et mélancolie. *Congrès des Aliénistes et Neurol.*, août 1908.
- LOEPER et VERPY. — Les variations physiochimiques du sang dans les commotions. *Soc. Biol.*, 21 oct. 1916.
- La répercussion glandulaire et humorale des commotions. *Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 20 octobre 1916.
- LIVET. — Hyperémotivité, hyperthyroïdie héréditaire. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 13 déc. 1919.
- LOGRE (J.). — A propos du tonus symptomatique dans les états anxieux. — *La pratique Méd. franç.*, juin 1926.

- LUMIÈRE (A.). — Rôle des facteurs émotifs dans les troubles fonctionnels et les affections organiques. — *Presse Méd.*, p. 993, 3 août 1928.
- MARTIMAR. — Le R.O.C. chez les anxieux. *Soc. psych.*, 19 juin 1922, *Encéphale*, 1922, p. 123.
- MARAÑON (G.). — Essai sur l'âge et l'émotion. — La réaction de l'adrénaline. *Arch. de Méd. chirurg. y Esp.*, Madrid 1921, V et VI.
- DE MASSARY et WALSEP. — Émotivité anxieuse et spasme respiratoire. *Acad. Méd.*, Bull. n° I, 1923.
- MEIGE (Henry). — Les tremblements émotionnels et les tremblements commotionnels. *Rev. Neurol.*, 1916, p. 593 et 759.
- MENZIES (W.-M.). — Mécanisme de la mélancolie d'involuntion. — *J. of Mental sc.*, oct. 1920.
- MOUGEOT. — Le R.O.C. dans les bradycardies avec considérations sur un syndrome consécutif à la commotion encéphalique. *Prog. Méd.*, 28 juil. 1917, p. 249.
- MONTASSUT (M.), DELAVILLE (M.), et M^{lle} RUSSEL. — Émotivité K et Ca plasmatique. *Soc. de psych.*, 17 avril 1930.
- NATHAN (M.). — Hystérie et diathèse émotive. *Encéphale*, 1925, p. 730.
- La sensibilisation dans la diathèse et dans les psychoses émotives. *Encéphale*, 1927, p. 7.
- NAUDASCHER (G.). — La tension artérielle habituelle chez les mélancoliques anxieux. *Soc. Méd. psych.*, 30 mai 1921. *Ann. Méd. psych.*, 1921, t. II, p. 70.
- Action de l'adrénaline sur certains états dépressifs avec hypotension artérielle. — *Soc. Méd. Psych.*, 29 mai 1922. *Ann. Méd. Psych.* t. II, 1922, p. 83.
- Anxiété avec hypotension, traitement par l'insuline. *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 23 mai 1923.
- NAUDASCHER G.) et MARTIMAR (E.). — Variations de la tension artérielle, d'après certains états émotifs. — *Soc. Méd. Psych.*, 27 juin 1921. *Ann.*, 1921, t. II, p. 170.

- PARHON et STOCKER (Alice). — Modifications considérables de la structure d'un lobe thyroïdien extirpé chez une malade atteinte de mélancolie anxieuse. — *Encéphale*, 1921, p. 13.
- PETIT (Georges). — Crise d'anxiété de tremblements, de pseudo-asthme et de troubles vago-sympathiques, manifestations initiales de l'encéphalite épidémique. *Société Médico-psych.* 26 mars 1923 — *Ann.*, 1923 t. I. p. 458.
- SANTENOISE (Daniel). — *De l'anaphylaxie et du déséquilibre du système nerveux organo-végétatif dans la folie intermittente*. Thèse de Paris, 1922.
- Psychose et système organo-végétatif. *XII^e Cong. Méd., Bordeaux*, 1923.
- Psychose périodique et périodicité neurovégétative. *Presse Méd.*, 25 avril 1923.
- Essai de diagnostic biologique dans les états d'excitation et de dépression. *J. Méd. Franç.*, mai 1921.
- Les réflexes végétatifs dans les syndromes mentaux d'origine toxique. — *Soc. Psych.*, 15 janv. 1925. *Encéphale*, 1925, p. 124.
- Rôle du système neuro-végétatif dans les psychoses d'intoxication. *Soc. de psych.*, 18 juin 1925.
- Système organo-végétatif et psychoses fonctionnelles. — *Encéphale*, 1927, p. 554.
- SANTENOISE (D.) et ABELY. — Recherches sur le système neuro-végétatif dans les états anxieux. *Soc. Méd. Psych.*, 26 mars 1923 ; *Ann.*, 1923, t. I., p. 365.
- SANTENOISE (D.) et VIDACOVITCH. — Contribution psychologique à l'étude des psychoses d'intoxication (Rôle étiologique du déséquilibre neuro-végétatif).
- SICCA et PEREZ-PASTORINI. — La réaction de l'adrénaline chez les psychopathes. *Revista de Criminologie*. Buenos-Ayres, juill. 1924.

- STAEMMLER. — Lésions du sympathique dans les névroses vaso-motrices. *Deutsch. med. Wochenschrift*, n° 15, 11 avril 1924.
- TARGOWAL (R.) et OMBRÉDANE (A.). — Apparition brusque d'un état anxieux avec symptôme cérébello-pyramido-strié et réactions humorales positives. — Évolution abortive. — *Soc. de Psych.*, 15 mars 1928, *Encéphale*, p. 343.
- TARGOWLA (R.), LAMARCHE (A.), et MEDACOVITCH (G.). — Sur l'hypoglycémie dans les maladies mentales. *Soc. de Psych.*, 11 oct. 1928. *Encéphale*, 1928, p. 903.
- TARGOWLA (R.) et LAMARCHE (A.). — Le syndrome biologique des états mélancoliques. *Encéphale*, fév. 1929.
- TINEL et SANTENOISE. — Les réactions vago-sympathiques dans les accès maniaques ou anxieux. *Soc. de Psych.*, 19 janvier 1922.
- Vago-sympathique et anaphylaxie dans les crises paroxystiques d'anxiété, de manie, et d'épilepsie. — *Presse Méd.*, 15 avril 1922.
- Les variations de l'équilibre vago-sympathique dans les crises confusionnelles. *VI^e Réunion d'études biol. neuro-psych.*, 26 juin 1924. *Encéphale*, p. 426.
- TINEL, LAMARCHE et DUBAR (J.). — La tension veineuse rétinienne, son intérêt en neurologie et en psychiatrie. *Soc. de Psych.*, 15 mars 1928. *Encéphale*, p. 325.
- TOURNAY (Auguste). — Recherches expérimentales sur les effets sensitifs des perturbations sympathiques. *Rev. neurol.*, 1927, t. II, p. 622.
- TOURNIER (C.). — *Fragments*. Edit. Laboratoires Ciba. Lyon, 1930.
- VERGARA (E.). — La R.O.C. dans les maladies mentales : *Carvella*. Naples, VII, 1922.
- ZITTERMANN (S.-S.). — *Rapport des états mélancoliques et de l'atonie de la vésicule biliaire*. — Thèse de Paris, 1912.
-

ÉTUDES DES PHÉNOMÈNES ORGANIQUES

EN RAPPORT AVEC LA PREMIÈRE PARTIE.

(Étude de l'émotion; sa place en séméiologie et aussi ses rapports avec le déséquilibre vago-sympathique.)

BRAUN. — Cœur et angoisse. 1 vol., 19 p. *Vienne, Deuticke.*

BRET (J.). — Quelques remarques sur le « cœur irritable » —
J. de Méd. de Lyon, sept. 1923.

CASKEY (Mac). — Métabolisme basal et hyperglycémie dans l'hyperthyroïdie. *J.A.M.A.*, 5 juillet 1919.

CHARON et HALBERSTADT, *Sur la tachycardie continue d'origine émotive (idem).*

CLAUDE. — Quelques constatations biologiques dans la maladie de Basedow. *J. méd. fr.*, juillet 1920.

CLERC. — Maladies du cœur et des vaisseaux. *Coll. des Précis méd.* Masson, édit., Paris, 1928.

— Troubles fonctionnels cardio-vasculaires d'origine gastrique. *Le J. méd. fr.*, n° 9, sept. 1932, p. 299.

— Signes et diagnostic des tachycardies. *XII^e Cong. des Méd. de langue fr. de l'Amér. du Nord*, Ottawa, 6-8 sept. 1932.

CLERC et AIMÉ. — Notes sur les troubles cardiaques fonctionnels observés chez les soldats. *Bull. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 15 mars 1918, vol. 42, p. 290-294.

— Le cœur irritable du soldat. Revue critique. *Prog. méd.*, 20 juin 1918.

CORDIER. — Sur les cardio-névroses de guerre. *Lyon Méd.*, octobre 1918.

DANIELOPOLU. — Les épreuves végétatives. *Presse Méd.*, n° 59, 25 juillet 1923.

DEJERINE et GASQUEL. — Un cas de tachycardie permanente d'origine émotive. *Soc. Neurol.*, 3 déc. 1914.

- ÉTIENNE et RICHARD. — La pression artérielle et les émotions de guerre ; essai d'interprétation pathogénique. *C.R., Soc. Méd.*, Nancy, 24 novembre 1918.
- Maladie de Basedow et émotion de bombardement. A propos d'un syndrome basedowien d'origine émotive survenu chez un addisonien. *Soc. Méd. Hôp.*, 20 déc. 1918.
- FIESSINGER. — L'hypertension des névroses tachycardiques. — *J. des Praticiens*, 1916, p. 185.
- GAILLARD. — Notes sur l'étiologie des tachycardies dites de « guerre ». *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 15 déc. 1917.
- Les tachycardies (à propos de l'analyse d'un travail du Comité anglais des Recherches Médicales) *Arch. Mal. du Cœur*, 1917, p. 408-433.
- Forme cliniques des névroses tachycardiques. *J. Méd. fr.*, mai 1918.
- Crises angineuses et syndrome d'hyperexcitabilité sympathique. *Lyon Méd.*, 28 oct. 1918, n° 44.
- GALLAVARDIN et TOURNIAIRE. — *Les névroses tachycardiques*. Masson, 1935.
- GALLAVARDIN, TOURNIAIRE et CORAJOD. — Métabolisme basal et tests pharmacodynamiques dans les névroses tachycardiques. *J. de Méd.*, Lyon, 5 sept. 1931.
- GARROD. — Traitement du cœur du soldat. *Lancet*, 30 juin 1917.
- LESLIE N. GAY. — Les leucocytes chez les soldats à cœur irritable. — *Arch. of Internat. Méd.*, 15 mai 1919.
- GUILLAUME. — *Le sympathique et les systèmes associés*. Masson, 1920.
- HERZ. — Le cœur nerveux. *Wiener Med. Woch*, N° 10, 5 mars 1932, p. 304 et n° 21, 20 mai 1932, p. 658.
- MARCEL, LABBÉ, NEPVEUX et LAMBRU. — *Soc. de Biol.*, 1923.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — *Pathologie du sympathique*, Félix Alcan, 1924.
- LAUBRY. — Instabilité cardiaque et instabilité thermique. *Paris Méd.*, 5 juillet 1919.

- LECONTE et TISNÉ. L'avenir des tachycardiques de guerre. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, juillet 1923.
- LERICHE. — Chirurgie des nerfs du cœur. *Congr. fr. de Chir.*, 1932.
- LEWIS. Report upon soldiers returned as cases of "disordered action of the heart" (D.A.H.) or "valvular disease of the heart" (V.D.H.) *Medical Research Committee* 1917, Causton et fils, Eastcheap ; Analyse : Gallavardin in *Arch. Mal. Cœur*, 1917, p. 408-433.
- Du pronostic de l'état qualifié "Cœur de soldat". *Lancet*, 2 février 1918.
- *The soldiers heart and the effort syndrome*, 1918, Londres, Shaw et fils.
- LIAN. — Troubles cardiaques discrets. *Bull. de l'Acad. Méd.*, 15 juin 1915.
- Du surmenage cardiaque. *Presse Méd.*, 24 juil. 1916.
- Épreuve d'aptitude cardiaque à l'effort. *Acad. Méd.*, 5 sept. 1916.
- Troubles cardiaques aux armées. *Soc. Méd. Hôp.*, 13 octobre 1916, p. 1582-1600.
- Les cœurs irritables. *Traité de Pathologie médicale*, Paris 1922.
- LIAN, BLONDEL et VIAU. — Tachycardies permanentes régulières. Signes, diagnostic, pronostic, traitement. *Coll. Prat. Méd. illus.* Doin, Paris 1930.
- LILIENSTEIN. — Psychonévrose dans les affections cardiaques. *Arch. f. Psych.*, LII.
- MACKENZIE. — *Un cas d'angine de poitrine associé à une grande excitabilité du système vaso-constricteur*. *Heart*, t. II, 1910-11, p. 265.
- *Les maladies du cœur*. Traduct. A. Françon, 4^e édit. fr. 1926, Paris, Alcan.
- MARINESCO et O. SAGER. — Sur la valeur des tests pharmacologiques dans l'exploration du système végétatif. — *Rev. Neurol.*, t. I, n° 5, mai 1926.

- MARTINET. — Les tachycardies. *Presse Méd.*, 6 déc. 1917.
- MEAKINGS et GUNSON. — *The pulse rate after a simple test exercise in cases of irritable heart*. Heart, 1915-1917, vol. VI, p. 285, cité par Musser.
- *Hôpital militaire du cœur*. Hampstead. *De l'hyperalgésie dans le cœur irritable des soldats*. Heart VI, n° 4, 1917.
- MERKLEN (Pierre). — *Leçon sur les troubles fonctionnels du cœur* (insuffisance cardiaque et asystolie). Ouvrage posthume publié par J. Heitz, 1908, Paris, Masson.
- NOUGUIER. — *Contribution à l'étude des névroses tachycardiques*. Thèse de Lyon, 1932.
- PAILLARD. — Méthode d'appréciation de la valeur fonctionnelle du cœur. *J. méd. fr.*, avril 1920.
- PELOT (G.). — *Les interventions sur la chaîne sympathique dans le traitement des syndromes tachycardiques*. Thèse de Lyon, 1934.
- PETIT. — *Contribution à l'étude des variations de la pression artérielle après le travail musculaire chez l'individu normal et dans certains états pathologiques*. Montpellier. Thèse, 1919-1920, n° 70.
- PEYCELON. — *Du traitement chirurgical de la maladie de Basedow*. Thèse de Lyon, 1929.
- RIBADEAU-DUMAS et BRISSAUD. — L'imprégnation bacillaire. *J. de Méd. et de Chir. pratiques*, 10 mars 1918.
- TEISSIER (J.). — Sur les cardionévroses de guerre. *Lyon méd.*, 1918.
- TOURNIAIRE. — La tension artérielle dans les névroses tachycardiques. — *Prat. méd. franç.*, janv. 1933.
- TOUROL. *Zeit. f. klin. Medizin*, vol. 705.
- VAQUEZ. — *Maladies du cœur*. Vol. XXIII du Nouv. Traité de Méd. et de Thérap. de Gilbert et Carnot, 1921, Paris, Baillière.
- VAQUEZ et DONZELOT. — *Les troubles du rythme cardiaque*, 1926. Paris, Baillière.

DOCUMENTS SE RAPPORTANT SURTOUT
A LA DEUXIÈME PARTIE.

1. *Généralités :*

Sur fonctionnement des glandes à sécrétion interne et la vie émotionnelle.

2. *Sur les rapports de l'émotivité avec :*

La glande thyroïde ;

L'hypophyse ;

La tuberculose.

BERGONDI (Pierre). — *L'hérédité alcoolique*. Thèse de Lyon, 1930.

COTTE (Gaston). — *Troubles fonctionnels de l'appareil génital de la femme*. Masson et C^{ie}.

CUSHING. *Papers relating to the Pituitary*. Bodyi-London, 1932.

DALCHÉ. *Leçons cliniques et thérapeutiques sur les maladies de la femme*. Vigot, Paris, 1921.

DANIELOPOLU, A. RADOVICI et A. CARNIOL. — *Réunion Roumaine de la Biol. C. R.*, 1922, t. I, p. 625 et suivantes.

DECOURT J. — Crises anxieuses paroxystiques et tétanie. — *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 9 déc. 1932, n° 32, 19 décembre 1932.

DELAVIERRE. *Les réactions émotives*. Thèse de Paris 1919-1920.

DOBREFF-PEURFF et WITTLÖVER. *Zeitsch. f. d. gesr. exp. Med.*, 1936, 98, 428.

FULTON and INGRAAM. — *J. of Phys.*, 1929, 86-87.

LACROIX. — *Ph. physiologiques de l'émotion*. — Thèse, Paris 1931.

- LAIGNEL-LAVASTINE. — Des troubles psychiques par perturbation des glandes à sécrétion interne. — *Rapp. Congr. Méd. alién. et Neurol.*, 1908.
- D. MACOMBER. — The émotional life in women in relation to the practice of gynecology. *Amer. J. of Obst. & Gynec.*, 1927, 732.
- MARIN (Georges). — Dispositif nerveux autonome de l'intestin. *J. de Méd. de Lyon*, 5 août 1929, p. 507.
- MARAÑON. — *Les diabètes insipida*. Madrid, 1920.
- *Ann. de Méd. Paris*, 1921, n° 2. Sesiones del Instituto de Patol. Med del Hosp. Gen. Madrid, 35-36.
- *Leccion clinica en el Instituto de endocrinologie de Prof. Mussco Fournier*, 1937.
- *L'âge critique*. Paris, 1934.
- *Psichologia del Gesto*. Habana, 1937.
- Nouvelles observations sur le facteur hormonal de l'émotion. *Rev. franç. d'endocrin.* N° 6, 1937.
- MASSAUT G. — Modifications des échanges organiques dans les états mélancoliques et anxieux *J. de Neurol. et de Psych.*, 1932.
- MORHARDT. — Les facteurs émotifs et psychiques dans les affections organiques. *Presse Médicale*, 29 fév. 1928.
- Facteurs psychiques et émotifs dans les affections organiques. *P. M.*, 1928, p. 260.
- ONGHIE. — *Biologia degli emozioni*. Palermo, 1936.
- P. PETIT-DUTAILLIS. — Les facteurs émotionnels des déséquilibres féminins. *La Gynécol.*, août 1926.
- PICKWORTH. — Nouvelle conceptions sur la physiologie et la pathologie des états mentaux et émotionnels — *the Brith. Méd. J.*, 1938, p. 268.
- A. SALMON. — Le rôle des noyaux tubéreux dans le mécanisme du diabète insipide. *Rev. franç. d'endocrin.*, 1936.
- SCHON. — De quelques investigations dans la physiologie des émotions. *Rev. de Neurol.*, mai 1938.

VEIL. — Dis. au rapp. de Pi-Suner (*XV^e Congr. Psych.*, Paris, 1937).

VERNE. — *Les régulations humorales*. Paris 1937.

ZEITLINE S. M. VOSKOBONIKOVA B.A. — Activité du L. C.R. et du sang sous l'effet de l'excitation émotionnelle du S.N. central (*B. de Biol. et Méd. expér. D. URSS. NPIU*, IV juillet 1937).

I. - NOTES AYANT SERVI A LA RÉDACTION
DU CHAPITRE CONCERNANT
CHACUNE DES GLANDES A SÉCRÉTION INTERNE

Notes sur l'Hypophyse

- ANSELMINO, HÖFFMANN HÉROLD. — *Klinis Woch.*, 1934.
ANTONELLI. — *Policl. Sez pratica*, 1926.
ASCHER. — *Berl. Klin. Woch.*, 1916 ; *Pflüger's Arch. f. Phys.*, 1912.
ARCHI. A. — *Polich. Sez pratica*. N° 1 bis, 1935.
AYALA. — *Medicina interna. Malattie del sistema nervoso*. Torino, 1932.
BABONNEIX et LHERMITE. 1926, vol. I.
BALLEY et BRÉMER. — *Rev. Neurol.*, 1922 ; Vol. I.
BARRÉ (J.-A.). — *Ann. de Médecine*, 1931.
BÉCO. — *Rev. Neurol.*, 1922, vol. I.
BETTONI et DÉLÉONARDI. — *Aspedale Maggione*, 1932.
BOURQUIN. — *Amér. Journ. of Physiol.*, 1927.
BROGGI T. — *Riv. di Patol. nerv. e ment.*, 1933.
CAMUS et ROUSSY. — *C. R. Soc. de Biol.*, 1913. — *Presse Médicale*, 1914. *Rev. Neurol.*, 1922, vol. I.
CASSANO. — *Forze Sanitarie*, 1932, n° 19.
CLAUDE et LHERMITE. — *Rev. Neurol.*, 1918, vol. I.
CLAUDE et SCHAEFFER. — *Rev. Neurol.*, 1921.
COELHO. — *C. R. Société de Biol.*, 1927, vol. LCVI.

- COOPER EAVES. — *Brain* 1930.
- CUSHING. — *Journ. of experim. medic.*, 1915.
- D'ANTONA et CORBINI. — *Arch. scienze mediche.*, 1929, n° 37.
- DI GUGLIELMO. — *Sundromi neuro ipofisarie.* — *Ist ed scient.*, 1928.
- DRAGONESCO et SAGER. *Rev. Neurol.*, 1934, vol. I.
- DUPRÉ. — *Rev. Neurol.*, 1914, vol. I.
- ERNOULD et PICARD. — *Rev. belge sc. médic.*, 1934, n° 3.
- FINK. — *Endocrinology*, 1926.
- FRANÇAIS et VERNIER. — *Rev. Neurol.*, 1919.
- FRANK. — *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenhe.*, 1928.
- GIANNOTTI. — *Minerva Medica*, 1927, n° 12.
- GORIA et LÉVI. — *Rev. Neurol.*, 1927, vol. II.
- GUILLAIN, BERTRAND et PÉRISSON. — *Rev. Neurol.*, 1925, vol. XV.
- GUILLAIN, LÉCHELLE et GARCIN. — *Ann. de Médecine*, 1932.
- HARTMANN. — *Rev. Neurol.*, 1921.
- HÉRING. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1931.
- HUYSMANS. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1930.
- HUYSMANS et LABON. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1928.
- HOFF et WERNER. — *Rzitsch. f. Neurol.*, 1928.
- HOUSSAY. — *C. R. Soc. de Biol.*, 1934, vol. CXIV. — *Prensa Medica Argentina*, 1933.
- HOUSSAY, BIASOTTI et MAZZOCCO. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1934, vol. CXIV.
- HOUSSAY et SAMMARTINO. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1934.
- HOUSSAY et MOLLINELLI. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1925.
- KALK. — *Deutsche Mediz. Woch.*, 1934, n° 2.
- KIYONO. — *Rev. Neurol.*, 1926, vol. I.
- LABBÉ, VIOLLE et DREYFUS. — *Presse médicale*, 1928, p. 2.
- LEWIS et POLLAK. — *Rev. Neurol.*, 1917, vol. II.
- LERICHE et FONTAINE. — *Presse Médicale*, 1928, vol. II.
- LHERMITE et KYRIACO. — *Rev. Neurol.*, 1931.
- LESCHKE. — *Ann. de Médecine*, 1933.

- LUZZATTO. — *Sperimentale*, 1918.
- MALMEJAC. — *C. R. de la Soc. de Biol.*, 1934.
- MANCA. — *Policl. Sez. Med.*, 1932.
- MARAÑON et PINTOS. — *Nouv. Iconogr. Salpêtrière*, 1919.
- MARINESCO, IRUCH et BUTTU. — *Endocrinology*, 1932.
- MIANI. — *Boll. sc. med.*, Bologna, 1931, n° 4.
- MOLNAR et LESZLES. — *Presse médicale*, 1932, *Analys.*,
p. 171.
- MOMIGLIANO. — *Annali di Ostetricia*, 1927.
- MORESCHI C. — *Policlinico Sez. Medica*, 1918.
- OLIVER et SCHAEFFER. — *Journ. of Physiology*, 1894.
- PARHON. — *Rev. Franç. d'Endocrinologie*, 1932, f. 2.
- PARHON, BALLIF, MAZZA. — *Rev. Neurol.*, vol. I.
- PENDE N. — *Endocrinologia*. Vallardi, Milano.
- RAYMOND, HAMET. — *C. R. Soc. de Biol.*, 1932, vol I.
- RICHTER. — *Americ. Journ. of Physiol.*, 1931.
- RIZZO C. — *Rivista di Neurologia*. Napoli, 1930, p. 250 et
p. 540.
- ROUSSY, BOLLACK, LABORDE et LÉVY. *Rev. Neurol.*, 1918.
- ROUSSY et MONSINGER. — *Rev. Neurol.*, 1932, I. — *Ann. de
Médecine*, 1933.
- RUBIO. — *Soc. Argent. biol. C. R. Soc. de Biol.*, 1927.
- SATO. — *Rev. Neurol.*, 1929, vol. I.
- SOLARI. — *C. R. Soc. de Biol.*, 1923.
- SOUQUES, BARUK et BERTRAND. — *Rev. Neurol.* 1926,
Vol. I.
- STERN, BATTELLI et JAUFFRET. — *C. R. Soc. de Biol.*, 1922,
p. 753.
- THOMAS, A. JUMENTIE et CHAUSERBLANCHE. — *Rev.
Nerol.*, 1923, vol. II.
- TORRIGIANI A. — *Atti, Congresso di laringologia*. Rayenna,
1921.
- TOURNADE et MALMEJAC. — *C. R. Soc. de Biol.*, 1934,
vol. CXIV.
- TUCKER. — *Amer. Journ. of med. sc.*, 1922.
- VAN BOGAERT. — *Ann. de Médecine*, 1929.

VAN BOGAERT, NYSSSEN et LÉVY. — *Rev. Neurol.*, 1928, Vol. II.

VIALE G. — *C. R. Soc. de Biol.*, 1928.

WEISSENBACH, DREYFUS et BRISSET. — *B. M. Soc. de Hôpit.*, 1931.

ZADEK. — *Zeitsch. f. Klin. Med.* Vol. CV et Vol. CXIX.

II. - NOTES ET OUVRAGES SUR LA GLANDE THYROÏDE

BARUCK. — *Traité de psychiatrie.*

— V. Welti.

BÉRARD (L.). — Traitement chirurgical du goître exophthalmique. *Rapp. Congr. Chir.* Varsovie, 1929.

DREYFUS (Gilbert). — *L'hyperthyroïdisme et son traitement.* 1 vol. Éd. Paris, 1929.

ENSELME (M. et M^{me} J.). — *Maladie de Basedow et syndromes hypersympatricotoniques.*

GALLAVARDIN, TOURNIAIRE et CORAJOD. — Métabolisme basal et tests pharmacodynamiques de la nécrose tachycardique. *J. de Méd. de Lyon*, 1931, p. 513.

LABBÉ (Marcel). — Diagnostic des syndromes thyroïdiens. *P.M.*, 1921, p. 1025.

— L'iode dans le traitement du Basedow. *Ann. de Méd.*, 1929.

LABBÉ et DREYFUS (G.). — *Diabète et maladie de Basedow associés.*

LÉVI (Léopold) et ROTHSCHILD (H. de). — *Nouvelles Études sur la physiopathologie du corps thyroïde.* 2^e série. Paris, 1911.

- MASSAUT (Ch.). — *XI^e Congr. belge de Psychiatrie.*
De QUERVAIN. — *Le Goître.* Paris 1924.
SAINTON, SIMONNET et BROUHA. — *Endocrinologie clinique, thérapeutique et expérimentale.* Masson et C^{ie} édit.
SCHLUMBERGER (Andrée). — *Contribution à l'étude du métabolisme basal dans l'anxiété.*
SCHLACHTER. — Constitution thyroïdienne familiale. A propos de 2 cas personnels. *Rev. d'Endocrin.*, 1936.
WELTI, BARUCK et MATHEY (Yvonne). — Diagnostic des troubles psychiques basedowiens. *La P. Méd.*, 20 juin 1936.

II. - Émotivité et tuberculose

- ABELY. — Les psychopathes tuberculeux au dispensaire. *29^e Congrès des médecins aliénistes*, 1925.
ALBANE (A.). — *Tuberculose et démence précoce. Quelques recherches cliniques, biologiques et expérimentales.* Thèse de Paris, 1934.
ALLENDY (R.). — Les troubles psychiques d'origine tuberculinique. *L'Homéopathie moderne*, 15 janvier 1935.
AMEGHINO et RAIMONDI. — Confusion mentale par choc émotif chez un tuberculeux. — *Rivista di Crim. y Psych. Buenos-Ayres*, 1924.
AMEGHINO (Arturo). — Autour de l'étiologie tuberculeuse des maladies nerveuses (*Rivista de Crimin. y Psichiatria, Buenos-Ayres*, avril 1925).
ANGLADE. — Tuberculose et système nerveux (*C.R. Soc. Méd. de Toulouse*, novembre 1900).
ANGLADE et CHOCREAU. — La tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales. *Ac. de médecine*, 17 mars 1903.
ANGLADE et JACQUIN. — Tuberculose et arriération mentale. *Congrès de la tuberculose*, Paris 1905.

- ARRASMITH (W.-J.). — Hyperthyroïdisme et neurasthénie. *Neleraska M.J.*, nov. 1932.
- AUGUSTE-MARIE. — Tuberculose et psychose. — *Bull. de la Soc. de Méd. de Paris*, 1930, p. 457.
- AXENFELD. — Névroses (in : *Éléments de pathologie méd. de Roquin*, t. IV, Paris, 1863).
- AXENFELD et HUCHARD. — *Traité des névroses*. Paris, 1883.
- BRUNERIE (Albert). — *Essai sur les troubles psychiques au cours de la tuberculose pulmonaire*. Thèse de Lyon, 1927.
- BURNAND (R.). — *Le rôle de la tuberculose chez les patraques*. T. II, n° 6, juin 1936.
- BURNAND (R.). — *Les syndromes d'imprégnation tuberculeuse*. Masson, 1938.
- BURNAND (R.). — Un cas d'état bacillaire chronique observé pendant vingt-cinq ans dans quinze services hospitaliers. *Rev de la Tuberculose*, avril 1939, n° 4.
- CALLEWART H. — Réactions névropathiques et tuberculose. *Journ. de Neurol. et de Psychiatrie*, Année 1928, n° 5, pp. 320-327, mai 1928.
- CAMPANI. — Sulla tubercolosi polmonare secca neurodispeptica. *Rev. di pat et clin. della tuber.*, 1928, n° 5.
- CECCALDI. — *Métabolisme basal et hyperthyroïdie chez les tuberculeuses*. Thèse de Lyon 1926.
- CAWADIAS (A.). — La fièvre continue d'origine sympathique. — *Ann. de Médecine*, 1920, t. VII, N° 6.
- CORMAN. — *Gazette médicale de Nantes*, février 1938 (cité par Burnand).
- CHARTIER (J.). — *De la phtisie et en particulier de la phtisie latente dans ses rapports avec les psychoses*. — Thèse de Paris, 1899.
- CLAUDE (H.). — Troubles psychiques chez les tuberculeuses. *Le concours méd.*, 1924, p. 243.
- CLAUDE H. — Démence précoce et schizophrénie. — *Rapport au Congrès de Genève*, 1926.

- CLAUDE H. — Maladies du système nerveux. — *C. Précis de pathologie interne*. J.-B. Baillière et fils, 1932.
- CRÉMIEUX (Albert). — Position actuelle du problème des névroses. — *Actualités médico-chirurgicales*, Marseille, 1930, pp. 76-313.
- DAMSTATER (H.-J.). — Neurasthénia as manifestation of emotionnal disturbance. — *Amer. J. med. Sc.*, mars 1931.
- DECHAUME et SEDALLIAN. — L'encéphalite tuberculeuse ; *Rev. de Médecine* 1924.
- DEPOIRE (André). — *Essai sur le rôle de l'acide [oxalique dans l'immunité de la tuberculose. Contribution à l'étude du virus tuberculeux en pathologie générale.* Thèse de Montpellier, 1934.
- DUPRÉ. — Euphorie délirante des tuberculeux. *Congrès de Neurologie*, in *Rev. de Neurol.*, 1904, p. 920.
- DUPRÉ. — Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. *L'Encéphale*, 1906.
- DUPRÉ et CAMUS. — Euphorie délirante des phtisiques. *L'Encéphale*, 1906.
- DUPRÉ et CAMUS. — Cénesthopathies. *L'Encéphale*, décembre 1907.
- DUPRÉ (E) et GRIMBERT. — La psychonévrose émotive. Émotivité constitutionnelle et acquise. — *Revue de neurol.*, 1917, t. I, p. 45-48.
- EPSTEIN (D.) et TARKENISKI. — *Tuberculose und vegetatives system.* — *Tuberculose et système végétatif.* — *Zeitsch. f. Tuberk.* T. LVII, fasc. 3, 1930, pp. 167-173.
- FLEURY (Maurice De). — Traitement de la neurasthénie. *Soc. de Thérapeutique*, 25 juillet 1900.
- *Les grands symptômes neurasthéniques*. Paris, 1901.
- GIMBERT (Henri). — *Contribution à l'étude des psychonévroses chez les tuberculeux.* Thèse de Paris, 1907.

- HARTENBERG (Paul). — *La névrose d'angoisse*. 1901.
— Classification des névroses. *La Clinique*, février 1933.
- HÉRICH. — *Zur psyche der Lungenkranken Praktischer Tuberculise Blatter*. 1938.
- KOUNILOFF FELDMANN. — Problem of psychastheniae. *Soc. syskhonevrol.*, avril-mai 1929.
- SCHNEIDER KURT. — Les états de dépression. *Zeitsch. d. ges. Neur. u. Psych.*, t. CXXXVIII, 1932, p. 584-585.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Remarques sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires. *Clinique et Laboratoire*, 1922, n° 3.
- LANDOUZY, BARBIER, DAREMBERG. — Troubles génitaux chez les tuberculeux. *Chronique Méd.*, 1898.
- LEGRAND DU SAULLE. — *Folie du doute*.
- LÉPINE (Jean). — Ophtalmo-réaction de Calmette en psychiatrie. *Soc. de Biol.*, 1907.
- La pathologie des états neurasthéniques. *Rapport au X^e Congrès français de Méd. de Genève*, 3-5 septembre 1908.
- Tuberculose, encéphalite, psychose. *Congrès de Washington*, 1908.
- Tuberculose et aliénation mentale. Tuberculoses atypiques du système nerveux. *Congrès de Méd. de Budapest*, 29 août 1909.
- LÉPINE, DECHAUME, SÉDALLIAN. — Encéphalite hémorragique tuberculeuse. *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, séance du 20 mars 1923.
- LÉPINE, LAMBERT et SALIN. — Hydrocéphalie tuberculeuse ancienne, état convulsif, granulie ultime. *Lyon Méd.*, 1908.
- MORLAND (A.). — La mentalité des tuberculeux. *The Lancet*, t. CCXXII, n° 5656, janv. 1932.
- MORSELLI (A.). — La tuberculose dans l'étiologie et la pathogénie des maladies nerveuses et mentales, 1907

- PAGÈS (Paul). — La psychasthénie. *Fichier Montpellierain*, 1 fiche, 1928.
- RONCE. — *Essai sur la psychologie des tuberculeux*. Thèse de Paris, 1932. 1 vol., Le François, édit.
- TARGOWLA (R.). — Pathologie mentale et pathologie générale. Les syndromes psycho-somatiques. *Soc. de Th. B.*, janvier 1932.
- Tuberculose et troubles mentaux. *Arch. de Neurol.*, mars 1933, n° 3.
- TAVELLA. — Hérité tuberculeuse. *Tuberculosi*, Rome, janvier 1938.
- ULRICI. — De la psychologie des phtisiques. *Verrein für innere mediz.* Berlin, 24 oct. 1932. *Mzdz. Klinik*, n° 46, 11 nov. 1932, p. 1627.
- VINCHON (Jean). — Notes cliniques sur les psychasthénies. *Monde Médical*, 15 janvier 1930.
- Les syndromes dépressifs. *La Médecine*, 1930. Monographie, n° 15.
- VIRES (J.). — Article : *Neurasthénie dans : Maladies nerveuses, diagnostic et traitement*. — 1 vol. Coulet et Masson, 1902.
- WECHSLER (T.-S.). — Is neurasthenia an organic disease ? *M. Rev. of Rec.*, mars 1930.
- WEIGEL (B.-S.). — Neuropsychiatry in tuberculosis. *Med. Journ. und Record*, vol. CXXI, n° 1, 7 janv. 1925, p. 40.
- WOLS (G.). — *Les facteurs chimiques de l'immunité*. G. Doin, 1928.
- WILNER MAXIMILIEN. — Ueber die Beziehungen zwischen dem vegetativem Nervensystem in den Lyngentuberculise. *Die Tuberculose*, t. X, n° 1, 10 janv. 1930.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	17
--------------------	----

PREMIÈRE PARTIE

L'ÉMOTION DANS LA PATHOLOGIE ORGANIQUE ET MENTALE

CHAPITRE PREMIER. — Définition et nature de l'émo- tion	23
CHAPITRE II. — De l'émotion à l'émotivité.....	41
CHAPITRE III. — De l'émotivité à la constitution hyperémotive	47
CHAPITRE IV. — Les variations de l'émotivité au cours de la vie chez les individus normaux.....	57
CHAPITRE V. — Émotivité et intelligence.....	73
CHAPITRE VI. — La place de l'émotion dans la patho- logie viscérale et dans la pathologie mentale.....	79
I. L'émotivité dans la pathologie générale...	79
A. Séméiologie de l'émotif.....	79
B. Étude du déséquilibre vago-sympathique.	81
II. L'émotivité en psychiatrie.....	99

DEUXIÈME PARTIE

LES RECRUTEMENTS ORGANIQUES DE LA CONSTITUTION HYPERÉMOTIVE

INTRODUCTION	121
--------------------	-----

CHAPITRE PREMIER. — L'hyperémotivité constitutionnelle	125
CHAPITRE II. — L'émotivité, séquelle des infections générales guéries de la première enfance	135
Infection tuberculeuse et émotivité	136
CHAPITRE III. — Constitution émotive et glandes endocrines. — Les recrutements glandulaires de la constitution hyperémotive	151

OBSERVATIONS

I. Observations concernant le recrutement familial de la constitution hyperémotive	177
II. Observations concernant le recrutement tuberculeux de la constitution hyperémotive	183
III. Observations concernant le recrutement endocrinien de la constitution hyperémotive	200
CONCLUSIONS	219
BIBLIOGRAPHIE	223

